GHID pentru lucrări practice şi seminarii la disciplina

Introducere în PSIHOTERAPIE

editura

libris

CARTEA ESTE O PASIUNE,
IAR pASÎUNEA SE ÎMpARTE...

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României

MUNTELE HENDREŞ, DANIELA
Ghid pentru lucrări practice şi seminarii la disciplina Introducere în psihoterapie / Daniela Muntele Hendreş.
- Iaşi: Sedcom Libris, 2009 Bibliogr.

I.S.B.N.: 978-973-670-335-

5 615.851

Editor: Petru RADU
Redactor: Alina HUCAI
Tehnoredactare computerizată şi corectură:
Alina HUCAI şi Alina ŢIBICHI
Concepţia şi realizarea tehnică a copertei: Iulia ANTONIADE

Editura Sedcom Libris este acreditată de Consiliul Naţional al Cercetării Ştiinţifice din învăţământul Superior (C.N.C.S.I.S.).

Copyright © 2009 SEDCOM LIBRIS
Toate drepturile asupra prezentei ediţii sunt rezervate Editurii Sedcom Libris, Iaşi. Reproducerea parţială sau integrală a textelor, prin orice mijloc, precum şi a graficii copertei, fără acordul scris al Editurii Sedcom Libris, este interzisă şi se va pedepsi conform legislaţiei în vigoare.

Adresa Editurii: Şos. Moara de Foc nr. 4, cod 700527, Iaşi, România *Contact Editura:*
Tel.: +40.232.242.877; 234.582; 0742.76.97.72; fax: 0232.233.080
www.editurasedcomlibris.ro; e-mail: editurasedcomlibris@yahoo.com

Daniela Muntele Hendreş

GHID pentru lucrări practice
şi seminarii la disciplina

Introducere în PSIHOTERAPIE

667827
B.C.U. IASI

Editura SEDCOM LIBRIS
Iaşi, 2009

Cuprins

introducere (7)

Tema i

factori specifici şi comuni în psihoterapie (9)

'Tema 9

Teducerea rezistenţelor în comunicarea clinică, în special în procesulpsihoterapeutic (93)

Tema3

interpretarea, reformularea şi resemnificarea în cadrul dialogului psihoterapeutic (39)

Tema 4

Componentele metaforelor terapeutice (47)

Tema 5

Tehnicipentru relaxare (65)

Tema 6

Hipnoza în psihoterapie, un facilitator al schimbării dorite (75)

Tema 7

Tsihoterapia comportamentală (93)

[c]Tema6

5Antrenamentul asertiv (i03)

Pema9

Psihoterapia cognitivă (l) (113)

Pema10

*Perapia cognitivă **(Я)** (19.7)*

Pema11

Perapiile scurte, centrate pe soluţii (137)

Perna 19

Pezvollarea ataşamentului securizant în terapia de cuplu, metodă de tratament în tulburarea de stres positraumatic (149)

Perna 13

intervenţia în stare de criză.

Exemplificare pentru două patologii (165)

Perna 14

Pezvolfare personală, componentă a formăriipsihoterapeuţilor (177)

Pibliografie (165)

introducere

Lucrarea de faţă se adresează mai ales studenţilor de anul III ai Facultăţii de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei care au inclusă, în planul de învăţământ, disciplina *Introducere în Psihoterapie*. Ea însă, poate fi utilizată total sau doar parţial şi la alte discipline, şi de către alţi studenţi din domenii socio-umane ori medicale.

Ideal ar fi ca la finalul parcurgerii acestei materii, studenţii să rămână cu informaţii adecvate cantitativ şi calitativ despre principalele sisteme conceptuale psihoterapeutice şi despre practicile derivate. Dacă acest deziderat nu se atinge, atunci este obligatoriu ca studenţii noştri să plece măcar cu un bagaj de informaţii corecte, despre un număr de elemente ştiinţifice şi tehnologice ale domeniului, mai ales unele, care, fie par prea facile la nivelul simţului comun (a se vedea excesele mediatice în direcţia gândirii pozitive care aruncă în derizoriu proceduri ştiinţifice valoroase), fie par din cale-afară de misterioase, ceea ce induce o teamă nejustificată, cum se întâmplă în cazul tehnicilor de inducţia transei hipnotice sau în cel al tehnicilor de relaxare.

Lucrarea d-nei lector univ. dr. Daniela Muntele Hendreş invită studenţii la un efort salutar de clarificare şi de învăţare a temelor abordate. Ea reprezintă un instrument util pentru sprijinirea însuşirii noţiunilor introductive în psihoterapie, prin experienţe personale, valoroase, în aplicaţiile din clasă.

Sunt bucuros să găsesc în acest ghid o ilustrare adecvată a teoriilor abordate, prin intermediul cazurilor prezentate, provocări fructuoase, adresate studenţilor, către reflecţie şi acţiune şi, în plus, un echilibru în ceea ce priveşte teoria şi practica din parcursul acestor activităţi didactice. Autoarea dovedeşte o bună capacitate de a ilustra într-o manieră accesibilă aspectele conceptuale şi iscusinţă în planificarea secvenţelor acţionale care ajută studentul să debuteze în înţelegerea practicii psihoterapeutice.

Prof. dr. Ion DA FI NOI U
Universitatea „Al. I. Cuza" din Iaşi

'Tema 1

Factori specifici şi comuni în psihoterapie[1]

Sol Garfield de la Universitatea Washington descrie creşterea recunoaşterii şi utilizării psihoterapiei scurte în Statele Unite, unde limitele de timp pentm psihoterapie sunt stabilite de asigurările de sănătate. Odată cu sporirea cererii pentru psihoterapii scurte, este tot mai evidentă proliferarea acestei activităţi, ca şi popularizarea abordărilor eclectice şi integrative. Orientarea eclectică este cea care are cea mai mare flexibilitate în întâmpinarea cererilor actuale.

Având în vedere răspândirea accentuată a abordărilor psihoterapeutice şi, mai recent, cererea de terapii validate pentru mai multe tulburări psihiatrice, este foarte important să luăm în considerare toţi factorii care contribuie la schimbarea pozitivă. Conştientizând faptul că psihoterapia trebuie să îşi păstreze eficienţa şi, de asemenea, faptul că acum se pune accent pe psihoterapiile scurte, este esenţial să avem în atenţie şi să folosim orice variabilă care este importantă pentru schimbarea pozitivă a pacientului, indiferent dacă aceasta este sau nu parte componentă a preferinţelor sau a orientării noastre. Ca psihoterapeut eclectic experimentat, care nu a coalizat cu nici o orientare

[1] Fragmentul cu acest titlu are la bază, mai ales, articolul lui Sol Garfield, *Brief Psychotherapy: The role of Common and Specific factors,* publicat în 1997 în *Clinical Psychology and Psychotherapy.*

terapeutică singulară, Garfield a încercat să folosească orice procedură sau tehnică pe care a considerat-o posibil eficientă pentru cazul la care lucra. La începutul carierei, a fost uimit de anumite *elemente comune* ale unor orientări psihoterapeutice care se presupunea că sunt diferite. în cele ce urmează, vor fi prezentate unele dintre ele, cu accent pe psihoterapiile scurte.

IMIiutiTiiplilc scurte

Deşi mulţi psihoterapeuţi par să creadă că psihoterapia scurtă este un fenomen recent, dictat de Organizaţiile de Menţinere a Sănătăţii (Health Maintenance Organisations - HMOs) şi de plătitori, practica psihoterapiei scurte este prezentă de mai mulţi ani. Chiar începând cu anii 1920, Ferenczi şi Rank, protejaţi ai lui Freud, au experimentat, încercând să scurteze timpul necesar pentru psihoterapie. Oricum, din cauza influenţei psihanalizei, nu prea s-au primit răspunsuri favorabile la încercările de a scurta timpul necesar pentru psihoterapie. întrucât era nevoie de timp pentru a se dezvolta relaţia transferenţială, pentru a se depăşi rezistenţele şi pentru a se asigura interiorizările, psihoterapiile scurte erau văzute doar ca forme superficiale de psihoterapie. Aceste terapii erau considerate suportive sau directive şi erau, în general, văzute ca fiind mai puţin eficiente, pentru clienţi mai puţin dezirabili. Din punctul de vedere al psihodi- namicii tradiţionale, efectele acestei psihoterapii erau, în principal, paleative.

Totuşi, psihoterapiile scurte nu au dispărut din scenă. Cunoscuţii psihanalişti Franz Alexander şi Thomas French au organizat întâlniri în Chicago pe tema psihoterapiilor scurte şi au publicat o carte de mare influenţă despre psihoterapia psihanalitică *(Terapia psihanalitică. Principii şi aplicaţii),* cu referiri la încercări de psihoterapie scurtă. Totuşi, alte prezentări ale psihoterapiilor scurte din aceeaşi perioadă au primit puţină atenţie. Pe de altă parte, mişcarea pentru sănătatea mintală a comunităţii din anii 1960 a prezentat un număr de contribuţii ce implicau o terapie destul de scurtă - aproximativ 10 şedinţe. De atunci, psihoterapia, indiferent de factură, este, în cea mai mare parte, scurtă. Majoritatea persoanelor care caută ajutor psihoterapeutic doresc psihoterapie scurtă, fiind, în mod clar, opţiunea părţii care plăteşte, iar studiile psihoterapeutice longitudinale de peste 40 de ani arată că cea mai mare parte a psihoterapiei desfăşurate în Statele Unite este de tip scurt. în consecinţă, psihoterapeuţii de astăzi trebuie să desfăşoare psihoterapia în modul cel mai eficient cu putinţă şi să utilizeze din plin toată gama de proceduri terapeutice potrivite. Cele mai multe forme de psihoterapie scurtă, în ciuda faptului că par diferite, au unele trăsături în comun, în afară de faptul că sunt scurte, ar mai fi următoarele: tendinţa de a avea un scop central, concentrarea mai ales pe *aici fi acum* şi mai puţin pe trecut, încercarea de a rezolva problemele prezente şi îndeplinirea unor sarcini /

teme în afara şedinţelor de terapie. Deşi psihoterapia scurtă este destul de diferită de psihoterapia tradiţională de lungă durată, cercetările arată că rezultatele au fost, în general, pozitive. De fapt, majoritatea cercetărilor privitoare la urmările psihotera- piei se referă la forma ei scurtă.

fn romanul său ,,Minciunipe canapea , 9roin fjalom surprinde cu talent fi onestitate, dar fi cu mult umor, multiplele faţete ale vieţii psibote- rapeuţilor dinir-o societate americană de psihanaliză, 'dinul dintre personajele principale ale cărţii, Ddarshal (3treider, psihanalist confruntat, la un moment dat, cu sfânjenitoarea solicitare pentru o terapie scurtă, ne aduce un plus de clarificare în legătură cu optica psihanaliştilor privind terapiile de scurtă durată. Citim în continuare un extras reprezentativ din romanul mai sus menţionat, pentru a sesiza detalii privind argumentele împotriva scurtării duratei psiholerapiei, într-o societate extrem de presată de nevoia de a se grăbi, chiar şi într-un astfel de demers.

ƒ)lu numai că Ddarshal nu avea nici un respect pentru terapia de scurtă durată. 'Dar chiar o dispreţuia. Centrată pe simptom... modelul bazat pe satisfacerea clientului... la dracu cu toate astea! Deniru PMarshal, ca fi pentru majoritatea analiştilor, conta profunzimea schimbării. Drofunzimea este totul. "Psihanaliştii din întreaga lume ştiu un singur lucru: cu cât se explorează mai în profunzime, cu atât mai eficientă este terapia. ,,Du-te în profunzime - 'ddarshal putea să audă vocea lui Dob DlcCallum, supervizorul său - ,,du-te în profunzime, până la cele mai vechi tărâmuri ale conştiinţei, până la sentimentele primitive şi fanteziile arhaice, fnloarce-te până la cele mai timpurii straturi ale memoriei, atunci şi doar atunci o să fii în stare să smulgi din rădăcini nevroza şi să desăvârşeşti terapia analitică.

^Oar terapia profundă pierdea bătălia: hoardele barbare ale iuţelii erau pretutindeni. Tlarşând către noile standarde rigide ale tratamentelor plătite de asigurări, batalioanele terapiilor scurte întunecau peisajul şi băteau la porţile institutelor de psihanaliză, ultimele enclave înarmate ale înţelepciunii. adevărului şi raţiunii în psihoterapie, inamicul era îndeajuns de aproape de INarshalpentru ca el să îi poată zări numeroasele faţete: biofeedback şi relaxare musculară pentru tulburările anxioase, metoda imploziei sau desensibilizare pentru fobii, medicamente pentru distimie şi tulburări obsesio-compulsive, terapie cognitivă de grup pentru tulburările de alimentaţie, antrenamente de creşterea siguranţei de sine pentru timizi, respiraţie din diafragmă în grup. pentru pacienţii cu atacuri de panică, dezvoltarea abilităţilor sociale pentru cei cu fobie socială, intervenţii prin hipnoză într-o singură şedinţă, pentru renunţarea la fumat şi porcăriile alea de terapie de grup în doisprezece paşi pentru orice altceva/

Torţa economică teribilă a curelor plătite de asigurări copleşea cabinetele medicale în multe regiuni ale ţării. Terapeuţii din statele subjugate erau forţaţi, dacă doreau să îşi mai practice meseria, să îngenuncheze în faţa învingătorului care le plătea doar o parte din onorariul lor obişnui,1 şi le trimitea pacienţi pe care să îi trateze în cinci sau poale şase şedinţe, când, de fapt, ar fi avut nevoie de cincizeci sau şaizeci.

Când terapeuţii îşi epuizau raţia derizorie alocată, şarada devenea grosolană şi erau forţaţi să se roage de agenţii care se ocupau de caz, să le acorde şedinţe suplimentare, pentru a continua tratamentul. (Şi, bineînţeles, trebuiau să îşi documenteze cererea cu munţi de hârţoage false şi devoratoare de timp, în care erau nevoiţi să mintă, exagerând riscul de suicid al pacientului, abuzul de substanţe interzise sau înclinaţia către violenţă, fficestea erau singurele cuvinte magice care atrăgeau atenţia companiilor de asigurări medicale - nu fiindcă agenţilor le-ar fi păsat vreun pic de pacient, ci pentru că îi inlimida pericolul unui eventualproces.

Te aceea, nu numai că terapeuţilor li se ordona să-şi trateze pacienţii în perioade de timp imposibil de scurte, dar mai erau supuşi şi corvoadei umilitoare de a se contrazice sau a cădea de acord cu agentul care se ocupa de caz - *deseori, funcţionari tineri şi obraznici, care aoeau doar cele mai rudimentare cunoştinţe în domeniu.*

Irvin Yalom, (2009). *„Minciuni pe canapea ",* Editura Humanitas, Fiction, Bucureşti (pp. 182-184).

Proliferare, eclectism şi integrare în psihoterapie

Creşterea utilizării psihoterapiilor scurte a adus cu sine şi alte schimbări. Una dintre ele, menţionată anterior, o reprezintă creşterea dramatică a numărului tipurilor de psihoterapii. La mijlocul anilor 1960, de exemplu, Garfield a enumerat 60 de denumiri de forme psihoterapeutice. în 1980, Herink a publicat o carte, descriind peste 250 de forme şi, mai recent, Karasu (1986) a făcut referinţă la peste 400 tehnici şi proceduri terapeutice. Astfel de progrese sunt destul de uluitoare şi greu ar putea cineva face o alegere raţională privind abordarea terapeutică.

în mod interesant, în paralel cu acest progres, s-a dezvoltat şi *eclectismul* şi, mai recent, a apărut o mişcare corelată, referitoare la *integrarea în psihoterapie.* Din 1960, cea mai preferată orientare a psihologilor clinicieni şi a celor mai mulţi psihoterapeuţi a fost eclectismul - adică nu s-au limitat la a adera, pur şi simplu, la un sistem

psihoterapeutic, ci au decis că îşi pot ajuta cel mai bine clienţii şi pacienţii utilizând orice tehnică, teorie sau procedură care pare mai potrivită pentru un anumit caz particular. Urmărirea unei viziuni eclectice îi dă psihoterapeutului o mare libertate în a planifica şi a selecta procedurile cele mai potrivite şi în a stabili maniera optimă pentru cazul în lucru. Este, de asemenea, nevoie ca terapeutul să posede cunoştinţe extinse despre o gamă largă de abordări psihote- rapeutice şi să îi fie, cel puţin familiare, cele mai importante descoperiri ale cercetării, ca şi revistele de psihoterapie.

Deşi, individual, psihoterapeuţii au motive diferite pentru a utiliza eclectismul, majoritatea au devenit eclectici, pentru că flexibilitatea sporită şi gama de proceduri posibile au amplificat eficienţa muncii lor. Garfield susţine ideea că „psihoterapeutul adaptează tehnica la pacient, nu cere pacientului să se adapteze la tehnică". Deşi el preamăreşte virtuţile abordării eclectice în psihoterapie, precizează că nu toţi terapeuţii eclectici funcţionează în acelaşi mod şi că eclectismul nu garantează perfecţiune. In funcţie de pregătirea anterioară a fiecărui terapeut, de experienţa şi de preferinţele personale, procedura eclectică folosită poate varia în mod considerabil. De exemplu, într-un studiu făcut pe 154 de psihoterapeuţi clinicieni eclectici, s-au raportat 32 de combinaţii de viziuni teoretice diferite. Unele orientări teoretice care erau văzute ca pozitive de unii teoreticieni eclectici erau dezprobate de alţii.

Faptul că mulţi terapeuţi au preferat eclectismul altor abordări are anumite implicaţii. Psihoterapeutul nu este limitat la o anumită orientare teoretică, nici în termeni de loialitate şi nici în termeni de a alege o tehnică terapeutică. El poate fi flexibil şi deschis ideilor noi, inclusiv utilizării factorilor comuni diverselor psihoterapii. în timp ce eclectismul nu este chiar o abordare sistematică, verificabilă sub aspectul eficienţei, o direcţie ulterioară, mai recentă, integrarea în psihoterapie, pune un accent mai mare pe integrarea teoretică a două sau mai multe tipuri de terapii. Deşi recentă şi înrudită cu eclectismul, integrarea în psihoterapie se pretează la investigare ştiinţifică sistematică. Cercetarea asupra rezultatelor cercetării în psihoterapie, care a demarat în anii ’70, arată cu certitudine că cea mai mare parte a rezultatelor psihoterapiei sunt pozitive şi că sunt foarte puţine diferenţe între formele de psihoterapie evaluate. Aceste rezultate legate de terapii, presupuse a fi foarte diferite, i-au intrigat pe mulţi cercetători şi i-au făcut să presupună că trebuie să existe un mare număr de factori terapeutici care operează în psihoterapie

şi care sunt comuni celor mai multe, dacă nu tuturor formelor de psihoterapie.

Variabile terapeutice comune diverselor forme de psihoterapie

Accentuarea importanţei factorilor comuni printre diversele forme de psihoterapie nu este bine primită de către indivizii care sunt puternic identificaţi cu un anume tip de terapie. Mulţi terapeuţi preferă să susţină diferenţierea unei noi forme de psihoterapie, decât să recunoască faptul că majoritatea terapiilor au multe trăsături în comun şi că aceste trăsături comune pot fi responsabile pentru rezultate pozitive în psihoterapie. La un nivel superficial, nu este greu să concepi un număr de factori care prezintă trăsăturile unice accentuate ale binecunoscutelor forme specifice de psihoterapie. Fără să intrăm în detalii, putem fi de acord cu faptul că toate formele de psihoterapie încep cu un pacient care are un tip de problemă psihică şi care caută ajutor la un terapeut care se presupune că a studiat metodele psihoterapeutice. De asemenea, putem accepta comunicarea verbală ca fiind importantă în orice formă de psihoterapie. Cu siguranţă că mulţi, dacă nu chiar majoritatea psihoterapeuţilor, vor fi de acord cu aspectele comune de psihoterapie prezentate mai sus, deşi, de asemenea, vor afinna că aceste aspecte sunt, în mare măsură, de suprafaţă sau superficiale şi că procesul psihoterapeutic implică mult mai mulţi factori. Depinzând de tipul de psihoterapie pe care indivizii îl aleg, se pot face referinţe la variabile, precum: transferul afectiv, interpretarea, desensibilizarea, reflectarea sentimentelor, restructurarea cognitivă, expunerea, experienţa, descărcarea emoţională, confruntarea cu problemele şi altele. Relaţia dintre aceste variabile şi binecunoscutele forme de psihoterapie este evidentă şi poate fi descrisă în cursul de introducere în psihologie şi în cursul de psihoterapie, cu scopul de a indica diversele tipuri de psihoterapie. Totuşi, procesele implicate în majoritatea acestor sisteme sau variabile pot fi înţelese într-un mod diferit. Evident, terapeuţii specializaţi într-o anumită arie a psihologiei se vor concentra asupra variabilelor asociate cu acea formă specifică de terapie, vor descrie terapia lor, folosind terminologia acceptată şi vor trece cu vederea evenimentele şi metodele care nu sunt asociate cu acea formă de psihoterapie. Nu este vorba de ceea ce spune un psihoterapeut că a făcut, descriind acest lucru în termenii orientării sale, ci este vorba despre ceea ce a fost perceput, înţeles şi experimentat de către pacient.

Un studiu care compară terapia comportamentală cu terapia de orientare psihanalitică şi care foloseşte terapeuţi binecunoscuţi şi experimentaţi asigură rezultate asemănătoare, chiar dacă cele două terapii sunt uşor de diferenţiat. Mai mult, când pacienţii vindecaţi din ambele grupuri au fost întrebaţi care parte din terapie o consideră importantă, ei au avut tendinţa să indice aceleaşi părţi. Următoarele părţi au fost considerate „extrem de importante“ sau „foarte importante“ de către cel puţin 70 % dintre pacienţii vindecaţi din ambele grupuri: 1. personalitatea doctorului; 2. faptul că doctorul te ajută să- ţi înţelegi problema; 3. faptul că doctorul te încurajează treptat să faci faţă lucrurilor care te deranjează; 4. posibilitatea de a vorbi cu o persoană înţelegătoare; 5. faptul că te ajută să te înţelegi pe tine însuţi.
Aceasta nu înseamnă că toate terapiile sunt identice, ci, mai degrabă, duce la concluzia că toate terapiile au trăsături comune. Este de înţeles faptul că majoritatea terapeuţilor tind să vadă sau să observe pe ce se pune accent în orientarea lor teoretică, iar cercetătorii tind să studieze variabilele sau ipotezele derivate din domeniul lor terapeutic. Atunci când un terapeut nu se limitează la o singură orientare, se pot observa anumite similarităţi sau trăsături comune. Pentru a ilustra această chestiune, vom examina pe scurt câţiva dintre factorii potenţiali comuni pe care i-am considerat ca având roluri importante în procesul de psihoterapie.

Explicarea, interpretarea şi înţelegerea. Practic, toate formele de psihoterapie, dacă au succes, oferă explicaţii pacienţilor care îşi înţeleg treptat problemele pentru care au recurs la psihoterapie. Ne-am referit la versiunea psihanalitică a acestei variabile pentru interpretare. Un psihanalist strict ar oferi, mai degrabă, interpretări bazate pe probleme analitice ale conflictelor reprimate, probleme de tipul Oedip ş.a. Un terapeut adlerian se ocupă cu interpretarea problemelor de inferioritate, un terapeut behaviorist oferă interpretări sau explicaţii în termenii teoriei învăţării sociale. Deşi unele terapii au pus accent pe percepţiile disfuncţionale şi pe nevoia de a le schimba, un proces similar are loc în terapiile care par să acorde puţină atenţie acestor variabile. Intr-un studiu comparativ, s-a anticipat faptul că pacienţii care au primit psihoterapie interpersonală prezintă o mai mare îmbunătăţire în integrarea în societate şi că există un avantaj relativ în funcţionarea cognitivă la pacienţii care primesc terapie cognitivă. Nu s-au obţinut

diferenţe semnificative nici pentru evaluările generale şi nici pentru cele specializate pentru relaţionarea socială şi, respectiv, pentru funcţionarea cognitivă. Literatura de specialitate prezintă, în general, puţine diferenţe între rezultatele diverselor terapii. Rezultă de aici că nu interpretările specifice reprezintă variabilele semnificative, ci valoarea lor explicativă şi acceptarea lor de către pacient. Oferirea de explicaţii pacienţilor despre problemele lor reprezintă, aşadar, un potenţial factor comun printre majoritatea formelor de psihoterapie.

Relaţia terapeutică. Cel mai evident factor terapeutic şi, în acelaşi timp, în mod sigur, cel mai de bază, comun tuturor formelor de psihoterapie, este relaţia terapeutică care se dezvoltă între terapeut şi client. O bună relaţie este necesară atât pentru continuarea terapiei, cât şi pentru o schimbare pozitivă la pacient. Pacientul are nevoie să se simtă acceptat şi înţeles şi să vadă că terapeutul este interesat să-l ajute necondiţionat. De asemenea, mai are nevoie să-l perceapă pe terapeut ca pe o persoană care are competenţa şi pregătirea pentru a-l ajuta. La rândul lui, terapeutul trebuie să gândească pozitiv în legătură cu pacientul său, să se simtă sigur în această relaţie şi să aprecieze, în mod realist, situaţia şi competenţa lui proprie. Dacă terapeutul are emoţii în faţa pacientului, nu dă dovadă de sensibilitate, pare a fi plictisit sau nu are pregătirea necesară şi nici încredere în sine, este de aşteptat ca pacientul să nu prezinte nici o schimbare în bine. în trecut, terapeuţii specializaţi în comportament acordau puţină recunoaştere formală relaţiei terapeutice. în zilele noastre, situaţia este diferită. Unii psihoterapeuţi afirmă că însăşi această relaţie este suficientă pentru dobândirea rezultatelor pozitive în psihoterapie. Garfield arată că această relaţie este fundamentală şi necesară, dar nu suficientă de una singură.

Eliberarea emoţională sau catharsis-ul. O altă variabilă comună în psihoterapie este cea care se referă la eliberarea emoţională sau catharsis. Deşi câteva forme de psihoterapie au considerat expresia emoţională ca fiind o trăsătură fundamentală pentru dezvoltarea lor, iar altele par să spună puţin despre ea, expresia emoţională sau eliberarea sentimentelor are loc, în mod sigur, din când în când, în timpul procesului de terapie. Fără ea, terapia ar fi doar o discuţie intelectuală şi nu terapie. Când un pacient prezintă tensiune, anxietate sau vinovăţie, posibilitatea exprimării sentimentelor şi a grijilor în faţa unui terapeut de încredere poate duce la o eliberare a emoţiilor puternice şi la o reducere

semnificativă a tensiunii. în mod particular, în cazurile în care sentimentele puternice şi neîntemeiate de frică sunt eliberate şi acceptate de terapeut, vor rezulta schimbări pozitive.

întărirea comportamentelor. întărirea a fost asociată, în mod tradiţional, cu terapia comportamentală, dar este, de asemenea, folosită şi de alţi terapeuţi şi chiar şi de cei care, în mod teoretic, nu ar avea de ce să recurgă la ea. Toţi terapeuţii răspund pozitiv raporturilor verbale sau comportamentelor care li se par pozitive şi astfel, încurajează acele comportamente. Astfel de intervenţii, precum datul din cap, zâmbetul, încruntarea frunţii şi răspunsurile verbale, pot influenţa comportamentul clientului. Chiar şi terapeuţii care se concentrează efectiv asupra clientului, precum Cari Rogers, au tendinţa să încurajeze răspunsurile clientului. Deoarece terapeuţii sunt interesaţi să promoveze comportamentul pozitiv al pacienţilor lor, ei pot folosi principii de întărire, cunoscând faptul că întărirea comportamentului pozitiv provoacă o influenţă mare asupra pacienţilor.

Confruntarea cu problemele. Ajutarea pacienţilor să se confrunte cu problemele pe care ei le evită şi să le depăşească este o altă metodă terapeutică comună multor formelor de psihoterapie. Dacă asemenea comportamente de evitare a problemelor sunt discutate într-un mod plin de înţelegere şi toleranţă, ca fiind fundamentale în producerea disconfortului pacientului, deja se declanşează o modificare a acestor comportamente. Deoarece pacientul este de acord să abordeze situaţiile pe care le evita înainte, el are, treptat, experienţe benefice, de succes, şi tendinţa de a repeta aceste comportamente. In felul acesta, reacţiile dezadaptative şi afectele asociate lor se diminuează în timp. Confruntarea cu problemele are multe în comun cu terapia comportamentală prin expunere, dar nu se limitează la tratarea fobiilor, ci şi a comportamentelor evitante. Expunerea sistematică şi modelarea au avut succes în schimbarea comportamentelor la pacienţii care îşi evitau problemele. Aşadar, factorii comuni operează în toate aceste metode. Dacă indivizii îşi pot depăşi cu succes comportamentele negative sau de evitare a problemelor, rezultatul final al terapiei va fi, cu siguranţă, un succes.

Informarea. Terapeuţii de orientare psihanalitică au încercat, în mod tradiţional, să evite răspunsul la întrebările puse de pacienţi,

deoarece terapia ar fi devenit intelectual izată sau ar fi dus la creşterea dependenţei pacientului. Deşi asemenea posibilităţi există, grijile unor pacienţi se datorează lipsei de informaţie sau informaţiei deficitare. Dacă un asemenea pacient pune o întrebare al cărei subiect este o grijă reală, un răspuns direct şi adevărat poate avea consecinţe terapeutice benefice. Acest lucru s-a dovedit a fi adevărat în cazul preocupărilor legate de vină, ruşine sau afecţiuni pe care indivizii refuză să le discute cu prietenii sau familia.

încurajarea şi suportul. Deşi metodele simple de încurajare au fost tratate cu superioritate sau chiar ignorate de mulţi psihote- rapeuţi dinamici, unii terapeuţi le folosesc. încurajarea şi suportul, folosite în acelaşi timp cu alte metode terapeutice, pot duce la efecte pozitive. încurajarea a fost recunoscută drept un aspect al terapiei prezent în majoritatea formelor de psihoterapie şi, ca toate celelalte intervenţii, eficacitatea ei depinde de priceperea şi sensibilitatea terapeutului. A încuraja acolo unde nu există nici o bază de încurajare este, cu siguranţă, un lucru care afectează şi poate fi dăunător. Pe de altă parte, pentru unii pacienţi care au fost preocupaţi doar de propria lor persoană, discuţia cu un terapeut care pare să-i înţeleagă şi care îi încurajează că pot fi trataţi poate fi o formă de sprijin benefic. Alături de alte aspecte ale situaţiei psihoterapeutice, încurajarea venită de la terapeut oferă suport pacientului.

Implicarea emoţională a pacientului. Un alt factor general care pare să fie important în majoritatea formelor de psihoterapie constă în implicarea emoţională sau „experienţa“ emoţională a pacientului. Implicarea emoţională a pacientului în procesul de psihoterapie este foarte importantă. Dacă pacientul nu se implică în terapie, este îndoielnic că se va obţine un rezultat pozitiv. Confruntările emoţionale puternice pot duce la retragerea pacientului din terapie sau chiar la efecte negative. Implicarea emoţională pozitivă se poate dezvolta dintr-o relaţie terapeutică pozitivă, în care terapeutul îşi respectă pacientul, iar pacientul are încredere deplină în terapeutul său.

Promovarea unui *coping* **eficient.** O altă variabilă comună în psihoterapie este promovarea modalităţilor de *coping* adaptative, benefice pentru pacient. Aceasta nu înseamnă doar ajutarea pacientului să-şi rezolve problemele actuale şi dificultăţile, ci şi orientarea pacientului,

pentru a face faţă cu succes problemelor care vor apărea în viitor. Cu acest scop, pot fi folosite diferite metode. De exemplu, studiul lui Jacobson despre relaxarea progresivă a fost adaptat de Wolpe în dezvoltarea tehnicii desensibilizării sistematice. Pacienţii sunt învăţaţi să folosească metode de *coping* în afara situaţiei tera- pculice, atunci când au de înfruntat situaţii care ameninţă să producă anxietate. Ajutarea pacientului să facă faţă cu succes în situaţiile din viitor este ţelul terapeutic cel mai de dorit. *Coping-u*\ de succes duce la creşterea încrederii pacientului în el însuşi şi la sporirea eficienţei acestuia.

Aplicarea a ceea ce este învăţat în terapie. Deşi ceea ce are loc în timpul situaţiei terapeutice este, în mod clar, foarte important; prezintă o foarte mare importanţă şi ca ceea ce se învaţă şi se experimentează în timpul sesiunilor terapeutice să fie aplicat de către pacient în situaţii din viaţa reală. Mulţi pacienţi tind să facă acest lucru pe măsură ce capătă mai mult *insight* şi înţelegere în parcursul şedinţelor de psihoterapie. Oricum, nu întotdeauna se întâmplă astfel, iar terapeutul poate încerca să faciliteze acest proces. O metodă ajutătoare este folosirea temelor pentru acasă. Utilizate într-o măsură semnificativă de către terapeuţi comportamental işti şi cognitiv-com- portamentalişti, aceste teme sunt văzute ca un factor comun în psihoterapie. Accentul pe terapia de scurtă durată şi o mai mare înţelegere a importanţei aplicării metodelor terapeutice învăţate de către pacient în viaţa sa reală au dus la creşterea importanţei temelor pentru acasă.

Timpul. Unul dintre ultimii factori comuni care trebuie menţionat este timpul. Odată cu trecerea timpului, multe evenimente nereuşite par să piardă mult din caracteristicile lor negative. Deşi vechea zicală „timpul vindecă toate rănile“ nu este în totalitate corectă, conţine totuşi un grad de adevăr. Evenimentele externe din afara terapiei joacă un rol în schimbarea pacientului în bine sau, în unele cazuri, în rău. în cazul copiilor, maturizarea are rolul fundamental. La adulţi, situaţiile de criză se pot schimba repede în bine. De asemenea, este bine să ne amintim întotdeauna că evenimentele care au loc în afara şedinţei de terapie pot fi extrem de importante în producerea schimbării sau în producerea succesului psihoterapiei. Există studii care indică înalte corelaţii între empatia psihoterapeutului şi succesul terapiei (reducerea depresiei). Atunci când au fost comparate efectele unui factor specific al unei

psihoterapii (ex. în terapia cognitivă, identificarea gândurilor negative automate) cu cele ale unor factori comuni, nespecifici, deci proprii tuturor terapiilor (ex.
alianţa terapeutică şi implicarea emoţională a pacientului), cei doi factori comuni au fost pozitiv corelaţi cu rezultatul, în timp ce concentrarea terapeutului asupra impactului percepţiilor deformate nu a avut nici un rezultat pozitiv.

Factori comuni şi specifici în psihoterapie. Variabilele terapeutice specifice s-au dezvoltat cu scopul de a trata anumite tipuri de probleme. Tratamentul de expunere sistematică, antrenarea abilităţilor sociale, prevenirea răspunsului, procedeele de condiţionare şi modelarea sunt doar câteva exemple. Terapeuţii comportamentalişti şi terapeuţii cognitiv-comportamentalişti au dezvoltat câteva tehnici specifice care sunt eficiente, în mod special, în probleme precum tulburările obsesiv-compulsive, stările de panică, fobiile, durerile de cap, bulimia şi altele. Simpla utilizare a metodelor specifice nu este de ajuns pentru a asigura rezultatele terapeutice cele mai bune. Capacitatea şi sensibilitatea terapeutului, împreună cu personalitatea şi problemele pacientului sunt de o importanţă majoră în această privinţă. Terapeutul trebuie să aprecieze repede situaţia, dar, în acelaşi timp, trebuie să fie în stare să-şi modifice judecata, în timp ce terapia se desfăşoară, iar pacientul trebuie să fie înţeles din ce în ce mai bine. Atât pacientul, cât şi terapeutul trebuie să aibă aşteptări realiste de la terapie. Deşi majoritatea terapiilor folosite astăzi sunt de scurtă durată, de obicei, între 15 şi 25 de şedinţe, nu toţi pacienţii au nevoie de aceleaşi „doze“. Garfield consideră că terapia este mai mult un proces de învăţare, decât de tratament medical. Mulţi indivizi au numeroase resurse şi învaţă repede, iar la alţii, este valabil contrariul. Numărul şedinţelor de terapie trebuie adaptat şi nu există o recomandare fixă de 10 sau 15 sau 25 de şedinţe pentru terapia de scurtă durată. După cum s-a arătat deja, pacienţii sunt diferiţi din multe puncte de vedere, iar terapia trebuie adaptată la fiecare individ, cu scopul de a se obţine rezultate optime. Mulţi terapeuţi care au fost pregătiţi într-o anumită orientare devin eclectici pe măsură ce câştigă experienţă şi practică terapia de scurtă durată.

ST'

Sdenlificaţi care elemente comune tuturorpsiholerapiilor vă atrag alenlia din

s/c

perspectiva eficientei schimbării determinate.

c3e discută şi despre influenta reciprocă pe care o exercită factorii comuni unii asupra altora.

‘Te/ra 2

Reducerea rezistenţelor în comunicarea clinică, în special în procesul psihoterapeutic[1]

Exerciţiul ,,(Secrete şi rezistenţe în psihoterapie , adaptat după o propunere a lui ffobn <5uler de la CRider cIdniversily (http:llwwm-usr.rider.edul ~ sulerlresisi.html).

(Scopul principal al acestui exerciţiu este să îi facă pe studenţi să înţeleagă ce înseamnă să dezvăluie informaţii personale despre ei înşişi, pentru clienţii aflaţi în psihoterapie, de ce ar putea fi ei extrem de înclinaţi să manifeste anumite ,,rezistenţe faţă de procesele terapeutice de explorare a lumii intrapsihice.

"Profesorul le spune studenţilor că nu sunt obligaţi să participe la exerciţiul care urmează, hfipoi îi roagă să scrie pe o foiţă mică de hârtie ceva important şi extrem de personal despre ei înşişi, ceva ce nu au spus niciodată nimănui. S3r putea fi o fantezie secretă, un vis, o aspiraţie, un sentiment, o credinţă sau ceva din propria istorie de viaţă, un eveniment din trecui. ‘Dacă unii spun că nu găsesc nici un astfel de secret, atunci li se sugerează să scrie despre ceva ce au discutat poate cu o persoană sau două, persoane care le sunt foarte apropiate.

"Profesorul le promite studenţilor că absolut nimeni nu va vedea ceea ce vor scrie ei pe foile lor. hfitunci când termină de scris, le spune să

Acest fragment are la bază, mai ales, articolul lui Hal Arkowitz de la Universitatea din Arizona, numit *O perspectivă integrativă asupra rezistenţei la schimbare,* publicat în 2002 în revista „Psychotherapy in Practice“.

împăturească foaia strâns de câteva ori. $Ipoi se plimbă prin sală şi întreabă câte un student, pe rând. dacă i-ar da în mână hârtia pe care a scris-o. Câţiva îi dau profesorului hârtia, dar cu puţină îngrijorare, alţii refuză, alţii se conformează, dar cu ceva ezitări. Profesorul ia hârtia de la cel care se conformează şi face mele din următoarele acţiuni, înir-un mod oarecum ludic:

- *fnlreabă studentul dacă îi dă voie să deschidă biletul (niciodată însă, nu face asta);*
- *Pidica biletul către lumină, ca şi cum ar putea vedea prin transparenţă (;eea ce este imposibil şi toată lumea poate vedea acest lucru);*
- *Jfipeşte biletul de cap, prefăcându-se ca poate citi gândurile scrise acolo pe hârtie în felul acesta;*
- *Pruncă ,,nepăsător biletul în aer;*
- *fhntreabă posesorul biletului dacă îi permite să îl dea altcuiva sa îl ţină în mână (dar nu face niciodată lucrul acesta);*
- *Pune biletul într-un buzunar şi se preface ca l-a uitat acolo (dar nu face niciodată lucrul acesta, ci întotdeauna îl dă înapoi);*
- *Pa într~o mână biletul cuiva şi în cealaltă mână, al altcuiva. Pliş- că mâinile energic în faţă, în spate, le încrucişează şi pretinde că a uitat care bilet este al cui.*

Pupă ce se termină toată această ,,scenetă , profesorul restituie fiecare bilet posesorului lui şi se discută despre reacţiile studenţilor la acest exerciţiu. <5e discută despre felul cum s-ar fi simţit dacă biletele respective ar fi fost citite de cineva; înfricoşaţi, înfuriaţi, jenaţi, ruşinaţi, neajutoraţi - aceleaşi sentimente cu care se luptă clienţii în psihoterapie şi care pot explica rezistenţa, adesea, prezentă. c3e subliniază faptul că în timp ce în acest exerciţiu, ei s-au confruntat cu secrete conştientizate, în psihoterapie, adesea, clienţii au secrete neconşlieniizale, care pol fi şi mai sensibile şi generatoare de rezistenţă. Ppoi se discută despre felul în care elementele exerciţiului pot reprezenta o metaforă pentru situaţii reale sau fanteziste în psihoterapie:

- *cllneori, clienţii cred că psiboterapeuţii le pol cili gândurile sau îşi dau seama de*

secrete de care altcineva nu poale şti?

- *Clientul s~ar putea teme că terapeutul oa trata cu neglijenţă sau nepăsare dezvăluirile sale?*
- *O altă teamă ar putea fi nerespectarea confidenţialităţii?*
- *[c]llnii clienţi la terapie ar putea fi îngrijoraţi ca terapeutul să nu uite ceoa important ce i~a spus el sau să nu confunde informaţiile de la el cu cele de la alt client?*

Hal Arkowitz ne prezintă în articolul său o perspectivă integrativă asupra rezistenţei la schimbare. Fenomenul rezistenţei poate fi observat la nivel comportamental, interpersonal, cognitiv şi afectiv. Sunt propuse o serie de lucrări ce prezintă perspectiva integrativă asupra rezistenţei, în care aceasta oferă informaţii importante despre conflictele clienţilor referitoare la aspecte variate despre ei înşişi legate de schimbare. în această perspectivă, rezistenţa este determinată de factori intrapersonali şi interpersonali şi poate apărea în mod conştient sau nu. Vor fi descrise modalităţi integrative de rezolvare a acestor conflicte.

Vor fi evidenţiaţi factorii şi procesele comune rezistenţei din diferite abordări, în speranţa că aceştia vor realiza o perspectivă mult mai comprehensivă şi integrativă.

Ce este rezistenţa?

Câţiva autori (ex. Engle şi Holiman, 2002; Messer, 2002, Newman, 2002) nu au văzut rezistenţa ca un construct unitar, dar vorbesc de un anumit număr de indicatori diferiţi. Câţiva colaboratori au sugerat că rezistenţa este un comportament primar înnăscut, refractar sugestiilor terapeutului de a încerca noi strategii sau de a se angaja în relaţia terapeutică. în plus, câteva abordări (ex. psihanalitică, gestalt- terapia) ne-au atras atenţia că rezistenţa ne avertizează asupra sentimentelor şi gândurilor ce sunt asociate anxietăţii. Rezistenţa se poate manifesta, de asemenea, prin dificultatea schimbării unor modalităţi de acţiune repetitive interpersonale şi non-adaptative.

într-un anumit grad, diferitele abordări terapeutice văd oarecum diferit acest fenomen al rezistenţei. Terapia cognitivă evidenţiază rolul gândurilor şi comportamentelor. Terapiile psihodinamice evidenţiază rolul important în manifestarea rezistenţei atât la nivelul afectiv, cât şi interpersonal. Terapiile experienţiale, gestalt, subliniază importanţa nivelului afectiv în manifestarea rezistenţei. în abordarea motivaţională,

rezistenţa este văzută ca o ambivalenţă a manifestărilor cognitive şi comportamentale. Pentru a avansa o teorie in- tegrativă asupra rezistenţei trebuie dezvoltată o taxonomie a rezistenţei, un fel de schemă care clasifică manifestările clienţilor pe care teoriile noastre le consideră rezistenţe. S-ar putea să aflăm că diferitele tipuri de rezistenţe au cauze diferite şi trebuie tratate. Apoi, s-ar putea să aflăm că sunt suficiente asemănări între cauzele şi manifestările rezistenţei, încât o strategie generală poate fi utilă în depăşirea câtorva rezistenţe, dacă nu chiar a mai multor tipuri.

Conceptualizarea rezistenţei

în continuare, sunt prezentate câteva perspective care ne vor putea ajuta să elaborăm o teorie integrativă a rezistenţei. Din aceste perspective, rezistenţa este conceptualizată ca ambivalenţă.

Indicatorii rezistenţei / ambivalenţei ne informează asupra unor aspecte importante din comportamentele clienţilor şi asupra relaţiilor lor cu ceilalţi. Există anumite motive ale rezistenţei ce trebuie respectate şi înţelese. în nici unul din următoarele cazuri sau discuţii, rezistenţa nu a fost considerată un obstacol uşor şi rapid de depăşit, în toate situaţiile, rezistenţa a fost văzută ca având o semnificaţie ce poate fi cel mai bine înţeleasă, atunci când e relaţionată cu aspecte personale importante din viaţa clientului.

Pentru aproape toţi terapeuţii, apariţia rezistenţei este un indice al unui aspect important referitor fie la client, fie la relaţia terapeutică, fie la ambele. Aceste observaţii sugerează că sursele rezistenţei trebuie înţelese, iar depăşirea lor reprezintă o etapă a terapiei. Când oamenii pun obstacole în calea schimbării personale, fac acest lucru din motive valide importante, fie că sunt sau nu conştienţi de existenţa acestora.

Rezistenţa / ambivalenţa poate fi inferată atunci când clienţii: 1. şi-au exprimat dorinţa de a-şi schimba diferite atitudini sau com- portamente; 2. au identificat strategii sau terapii care pot fi posibile ajutoare în a face schimbările respective; 3. cred că schimbarea le va îmbunătăţi calitatea vieţii; 4. se simt rău din cauză că nu se schimbă şi totuşi 5. alternează între abordarea şi evitarea sarcinilor necesare schimbării. In cele trei exemple clinice care vor urma, aceste condiţii sunt îndeplinite.

Majoritatea manifestărilor rezistenţei la schimbare pot fi cel mai bine înţelese ca ambivalenţe sau conflicte. De obicei, considerăm

rezistenţe acele comportamente ambivalenţe sau conflictuale. Câţiva indicatori arată dorinţa de schimbare (ex. venirea din proprie iniţiativă la terapie, angajarea în sarcina terapiei), în timp ce alţii se manifestă în direcţia opusă schimbării (absenţa de la şedinţe, neîn- cercarea sugestiilor terapeutului sau repetarea aceloraşi comportamente disfuncţionale). Arkowitz consideră că acest caracter ambiva- lent, conflictual, al rezistenţei nu a primit atenţia cuvenită, chiar dacă terapiile psihodinamice, gestaltterapiile şi cele motivaţionale l-au abordat fiecare în stilul său. Termenul de ambivalenţă evită, de asemenea, câteva din conotaţiile peiorative ale termenului de rezistenţă.

Nu tot ce e considerat, de obicei, rezistent e şi ambivalent. Prochaska şi Prochaska au elaborat două modele ce pot fi uşor desprinse din ambivalenţă. Acestea sunt cazuri în care persoana fie nu vrea să se schimbe, fie nu ştie cum să se schimbe. Oamenii care nu vor să se schimbe nu-şi exprimă, dc obicei, nici o dorinţă sau intenţie de schimbare şi nici nu se comportă în direcţia schimbării. In asemenea cazuri, ceilalţi vor ca persoana respectivă să se schimbe (ex. membrii familiei alcoolicului sau depresivului), dar clientul nu arată nici cea mai mică intenţie că ar vrea să se schimbe. în astfel de cazuri, strategia noastră trebuie să ajute clientul să găsească motivaţia pentru a se schimba. Terapia motivaţională - aici Arkowitz evocă lucrări ale autorilor Miller şi Rollnick, Moyers şi Rollnick - pare promiţătoare în acest sens.

în alte cazuri, e posibil ca persoana să nu ştie cum să se schimbe. O persoană care are dificultăţi în a-şi controla nervii îşi poate dori să se schimbe, întrucât conştientizează impactul negativ al izbucnirilor sale nervoase asupra familiei sale, dar poate să nu ştie cum să facă acest lucru. în asemenea cazuri, există dorinţa exprimată de schimbare şi, dacă sunt şi tentative efective de schimbare, atunci elimini işi va putea folosi resursele pentru a se schimba. Problema e lip ..i cunoaşterii resurselor, mai degrabă, decât motivaţia sau ambivalenţa.

(alegoria „nu ştiu cum să mă schimb“ diferă în funcţie de terapeuţi şi terapii. Clienţii nu se pot schimba, deoarece terapeutul nu c suficient de specializat sau din cauză că terapia respectivă nu este potrivită persoanei cu o anumită problemă. Astfel, rezistenţa nu apare din cauza clientului, ci din cauza terapeutului nepotrivit sau a terapiei nepotrivite.

Rezistenţa / ambivalenţa poate fi văzută ca un conflict între dorinţe şi temeri, între „trebuie“ şi atitudini opuse schimbării. Această

abordare se apropie cel mai mult de terapia gestaltistă, dar se intersectează şi cu cea psihanalitică, şi cu cea motivaţională. Această ipoteză ne poate ajuta să înţelegem mai bine conflictele legate de schimbare. Se evidenţiază două tipuri de conflicte ce pot întări rezistenţa. Unul e cel dintre dorinţa de schimbare şi frica faţă de aceasta. Celălalt e cel dintre directivele noastre de schimbare sau a celor din jur („trebuie“) şi tendinţele opuse pe care aceste directive le trezesc în noi.

Oamenii doresc schimbarea pentru a-şi îmbunătăţi calitatea vieţii. în acelaşi timp, le este teamă de schimbare, care intră astfel în conflict cu dorinţa de schimbare. De cele mai multe ori, forţele evitării schimbării sunt asociate cu frica şi anxietatea. Acestea pot include:

• Teama că, dacă se încearcă o schimbare, această încercare poate să nu aibă succes. Un asemenea eşec poate spori depresia.

• Teama că, dacă schimbarea are succes, poate aduce cu sine noi cerinţe şi aşteptări. Persoana se teme că nu va putea face faţă noilor provocări. în altă lucrare, Arkowitz a descris cazul unui bărbat care avea o personalitate evitantă. Acesta vroia să facă terapie pentru a-şi depăşi timiditatea şi tendinţa de izolare socială. El îşi dorea din tot sufletul să aibă relaţii mai bune cu femeile, să se poată căsători şi să poată întemeia o familie. în acelaşi timp, îi era teamă de ceea ce îşi dorea, întrucât credea că nu va putea face faţă intimităţii raporturilor sexuale, căsătoriei, familiei. în astfel de cazuri, ne putem aştepta la o ambivalenţă legată de schimbare. Cu cât oamenii caută să se schimbe, fiind conştienţi de necesitatea schimbării, cu atât mai mult devin mai încrezători în importanţa schimbării, dar şi mai temători. Cu cât oamenii evită schimbarea, cu atât se simt mai puţin încrezători în importanţa schimbării, dar şi mai puţin temători.

• Teama poate fi trăită pe parcursul procesului de schimbare, fie datorită experimentării sarcinilor terapiei, fie din cauza conştientizării gândurilor, fanteziilor reprimate, asociate anxietăţii.

Mahoney (1991) sugera că o importantă sursă a anxietăţii legată de schimbare poate fi auto-apărarea, care este o protejare a integrităţii propriului eu. Eul poate fi văzut ca un sistem complex, sistem ce se împotriveşte schimbării şi caută întoarcerea la homeostazie, chiar dacă acest lucru cere sacrificii. Modelele noastre comportamentale ne pot limita acţiunile, dar ne sunt familiare şi sunt predictibile. Nu putem fi surprinşi, speriaţi, dacă continuăm să acţionăm în mod obişnuit. Dar dacă ne schimbăm, atunci predictibilitatea scade. într- adevăr, putem spera că

schimbarea e o îmbunătăţire, dar nu putem fi siguri până când nu ne confruntăm direct cu ea. Schimbarea poate îmbunătăţi calitatea vieţii, dar, de asemenea, poate determina o creştere neprevăzută a anxietăţii.

Un alt conflict relevant pentru rezistenţă este cel dintre directivele schimbării şi tendinţele noastre de a acţiona în sens opus. Aceste directive pot veni din partea noastră sau a celor din jur. Brehm şi Brehm au dezvoltat şi cercetat teoria reactanţei în care reactanţa e definită ca o stare ce se instalează, atunci când credem că anumite libertăţi personale importante pentru noi sunt ameninţate.

încercările de influenţare pot duce ia reactanţă şi, odată aceasta instalată, suntem motivaţi să reducem această stare inconfortabilă. Una din principalele modalităţi de a reduce reactanţa este de a ne comporta în sens opus. Această opoziţie reinstaurează libertatea personală şi impresia că avem controlul. Ne putem opune acelor „trebuie“ impuşi de ceilalţi, dar la fel de bine, ne putem opune acelor „trebuie“ impuşi de noi înşine.

Rezistenţa are determinanţi atât intrapersonali, cât şi interpersonali. Pentru a înţelege pe deplin rezistenţa, trebuie să avem în vedere ambele contexte, şi cel intrapersonal, şi cel interpersonal. Pe de o parte, rezistenţa poate apărea ca o reacţie a unui conflict intrapersonal şi, pe de altă parte, rezistenţa poate apărea ca o reacţie a unui conflict la nivel interpersonal.

Van Denburg şi Kiesler au prezentat argumente puternice pentru susţinerea determinanţilor interpersonali şi intrapersonali ai schimbării. Ei au avut în vedere moduri prin care terapeutul şi clientul pot fi prinşi într-un tipar complementar care împiedică clientul să devină conştient de existenţa lui şi modul cum pot fi schimbate aceste modele interpersonale. Dacă terapeutul acceptă un astfel de rol complementar, el contribuie, în mod direct, la dificultăţile clientului. Trebuie să cunoaştem lumea interpersonală a clientului, inclusiv relaţia lui cu noi, pentru a înţelege şi depăşi rezistenţa.

Determinanţii rezistenţei pot să nu fie conştientizaţi. Psihologii ştiu de mult timp că multe din procesele psihice importante apar fără să fim conştienţi de acestea. în ciuda diferenţelor de opinie semnificative dintre teoriile psihanalitice şi cele cognitive moderne, ambele ar fi de acord cu această afirmaţie generală. Oamenii nu pot fi întotdeauna conştienţi de ceea ce fac şi de ce fac acele lucruri. De exemplu, oamenii pot fi conştienţi de dorinţele şi temerile lor, dar nu şi de modul în care interacţiunea acestora produce ambivalenţa. în concluzie, ei pot să nu fie

conştienţi că rezistenţa lor la schimbare e reactanţă la directive.

Cazuri demonstrative ale perspectivei integrative

în cele ce urmează, sunt prezentate pe scurt trei cazuri, pentru a ilustra cum pot fi utilizate perspectivele integrative pentru sporirea înţelegerii noastre asupra rezistenţei.

Julie

Rezistenţa Juliei era legată de anumite credinţe pe care le avea despre sine, iar această rezistenţă se repeta în terapie şi în relaţiile sale semnificative. Rezistenţa sa avea o semnificaţie. A fi „fetiţă bună" însemna a câştiga dragostea şi respectul figurilor autoritare, în timp ce acceptarea şi afirmarea rolului său de femeie adultă provoca anxietate. Deci era un conflict între dorinţa de a adopta un rol mai matur şi temerea de a face această schimbare. Teama de schimbare era cauzată de faptul că, dacă renunţa la rolul de fetiţă bună, renunţa şi la posibilitatea de a obţine gratificaţii importante. Rezistenţa ei se manifesta atât la nivel intrapersonal (lupta dintre rolul de „fetiţă bună" şi cel de femeie matură), cât şi la nivel interpersonal, în relaţia cu ceilalţi. In anumite momente, părea conştientă de acest conflict, în altele, nu.

Brian

Rezistenţa lui Brian consta în considerarea, de-a lungul vieţii, a noilor oportunităţi, drept poveri. De asemenea, rezistenţa consta şi în nepotrivirea dintre Brian şi terapeut. Comportamentul lui arăta ambivalenţa, prin faptul că el solicitase ajutor şi apoi părea că nu profită de acest ajutor. Atât reactanţa, cât şi teama de schimbare întăreau rezistenţa la schimbare a lui Brian. El percepea încercarea terapeutului de a-l ajuta ca pe un ordin ce întrecea limita şi a reacţionat negativ la încercările terapeutului de a-l influenţa.

Teama de schimbare reflectă componenta intrapersonală a rezistenţei sale, în timp ce reacţiile opuse cerinţelor terapeutului rcllectă aspectele interpersonale. în sfârşit, Brian părea conştient doar dc faptul că îşi dorea o susţinere şi confirmare mai mare din partea terapeutului, dar nu şi de anumite conflicte şi temeri generate de problemele sale.

Victoria

Rezistenţa Victoriei se manifesta la nivel intrapersonal, prin tendinţa sa de a-şi conştientiza emoţiile şi de a le depăşi în timpul şedinţei, alternată cu tendinţa de a le ignora. Rezistenţa ei poate avea şi

componente interpersonale. La acest nivel, ea lua forma dificultăţilor în realizarea unor planuri satisfăcătoare pentru ea însăşi. La nivel intrapersonal, Victoria părea a nu fi conştientă de furia pe care o avea împotriva soţului. Ignorarea furiei era de înţeles, din moment ce conştientizarea acesteia se asocia cu teama că mariajul său se va sfârşi. La nivel interpersonal, Victoria vroia să schimbe felul în care vorbea la telefon cu soţul său. Ambivalenţa exista pentru că Victoria îşi telefona des soţul şi rămânea pe fir când soţul îi vorbea urât, deşi îşi dorea foarte mult să încheie conversaţia când acesta îi vorbea urât.

Depăşirea rezistenţei la schimbare în psihoterapie

Modul în care conceptualizăm rezistenţa influenţează, în mod clar, felul în care lucrăm cu aceasta. Dacă rezistenţa e văzută ca un conflict între diferite aspecte ale sinelui, atunci unele dintre scopurile terapiei trebuie să fie înţelegerea conceptului de sine implicat şi încercarea de rezolvare a conflictului.

Arkowitz îşi descrie abordarea ca decurgând, în mare parte, din terapia gestalt (Greenberg, Rice şi Elliot, 1993) şi din cea moti- vaţională (Miller şi Rollnick, 1991).

Un prin pas crucial în a depăşi ambivalenţa constă în a ajuta clientul să înţeleagă şi să respecte motivele acestei ambivalenţe. Cu ajutorul reflectării şi al altor strategii, terapeutul poate arăta că există motive serioase pentru această ambivalenţă şi că aceste motive trebuie respectate şi înţelese atât de terapeut, cât şi de client. O primă fază importantă în depăşirea ambivalenţei constă în identificarea acestor motive. Folosirea reflectării e foarte utilă în realizarea acestui prim pas.

Indiferent de faza procesului, este foarte important ca terapeutul să nu se identifice cu nici una din părţile ambivalenţei, altfel acest lucru ar face ca un conflict intrapersonal să se transforme într-unul interpersonal între terapeut şi client, ca cel din cazul lui Brian.

Terapia motivaţională subliniază importanţa cunoaşterii profunde a ambelor părţi ale ambivalenţei, împreună cu încurajarea strategiilor de schimbare. Acest lucru duce adesea la schimbare. Dacă nu se întâmplă aşa, este utilă folosirea strategiei „scaunului gol“ preluată din terapia gestalt (Greenberg şi colab., 1993).

Prima dată, rugăm clientul să participe la strategia scaunului gol, punându-l să joace rolul părţii sale care vrea să se schimbe. II rugăm să vorbească din punctul de vedere al acestei persoane şi să se prezinte

celeilalte părţi a sale care stă în scaunul gol. După aceasta, îl rugăm să se mute pe celălalt scaun şi să ia rolul celui care luptă împotriva schimbării, adresându-se primului (cel care vrea să se schimbe). Surprinzător de mulţi clienţi se implică repede în joc şi interpretează foarte uşor cele două părţi, deseori cu un nivel al trăirilor surprinzător chiar şi pentru ei. în această fază iniţială, obţinem, deseori, o primă impresie despre conflictele clienţilor.

Sf

Cnumeraţi hei comportamente ale noastre pe care ap' dorit să le schimbaţi de mai multă oreme şi încă nu aţi reuşit.

S/

cjdentijicaţi sursele intrapersonale şi interpersonale ale rezistenţei

m ;

noastre.

finalizaţi propria ambivalenţă în cele hei probleme numite deja şi identificaţi avantajele lipsei de schimbare.

Stilizaţi tehnica scaunului gol pentru dramatizarea ambivalenţei care se află în spatele fiecărei rezistenţe la schimbare, din cazurile celor hei probleme enumerate.

K? c}n continuare, suni prezentate şase dialoguri clinice (după Othmer şi Othmer, 19Q&). identificaţi ingredientul comun al celor şase situaţii care urmează. Ce anume este la fel în toate cele 6 dialoguri..

Cazul 1: pacienta S? 22 ani, fobie socială

<~T: Care sunt motivele tale de teamă, 5??

CP: (pauză) Csle foarte jenant...

C: (Să înţeleg că te simţi jenată să îmi vorbeşti mie despre ceea ce le deranjează?

CP: (Ştiţi, este o problemă foarte caraghioasă, mă tem că mă veţi considera nebună...

'7- Centru tine, S7, problema la nu este caraghioasă...

7' (ridică privirea) Chiarpuicii înţelege?

'/ vnfo/ag că î[i vine foarte greu să povesfeşli, dar lucrul care le supără este pentru line important şi serios.

9: [Am să oăpovestesc... fntotdeauna când ies din cosă, toţi vecinii mă fixează cu privirea...

Cazul 2: pacienta 9, 32 ani, secretară, probleme de relaţionare socială

9: [.....] vorbeşte despre izolare şi frustrări la locul de muncă, timp in care îl fixează pe terapeut cu privirea, devine agitată, apoi reia ceea ce a mai spus ele.

9:9, am remarcai că tu mă priveşti, adesea, fără să clipeşti.

9: Ce vreţi să spuneţi1 (9oslura ei devine încordată)

9: [l)reau să spun că de mult timp le uip la mine fără să clipeşti.

9: Cred că este un obicei.

9: 9 ar iu înţelegi, eşti conştientă de faptul că faci lucrul ăsta?

9: 9eci ap remarcaţi... (pauză). 91-am temut că nu vep remarca. 9m această problemă de când aveam 15 ani şi am avut o infeepe la ochi. 9e atunci sunt preocupată de asta... 9dică mă gândesc tot timpul cum ar fi normal să clipesc când mă uit la oameni, ca să nu pară artificial.

9 9ha!

9: 9a, când mă uit la cineva...

Cazul 3: pacienta C, 26 de ani, căsătorită, 2 copii, tentativă de sinucidere, adusă de soţia spitalul de psihiatrie

99 -na C, am venit la dumneavoastră în salon să discutăm motivele pentru care aţi fost internată.

9: (tace)

9: 9e ce credeţi că v-a adus soţul aiefi

[CP: (tace)

T înţeleg că sunteţi obosită şi nu doriţi să vorbim acum.

T: Sty« am despre ce vorbi.

T 9lţi dori să ieşiţi din spital?

9: 9a/

'7; 'Toarte bine, aici nu este închisoare, nimeni nu este ţinui cu forţa.

T: (5e ridică din pat şi se îndreaptă spre lift.

T S7, nu, nu puteţi pleca acum. cVeţi pleca imediat ce vom lămuri care sunt problemele dumneavoastră şi de ce a fost nevoie să fiţi internată.

T; (5unteti un mincinoşi

T Cred că e cazul sa mă retrag să vă las să vă odihniţi şi să revin peste două zile la dumneavoastră.

9 Tiu, rămâne^, vreau să discutăm acuml

f Cazul 4: pacient **T**, *53 ani, profesor, tatăl a doi băieţi, simptome depresive.*

T (Spuneţi că viata dumneavoastră nu mai are rost?

9 jtyşa este!

T T-aţi gândii vreodată că nu merită iot chinul acesta ?

T: Ce vreţi să spuneji?

T: Tacă v~a trecut vreodată prin minte că ar fi mai bine să o terminaţi cu toate problemele...

9 Toamne fereşte! Tespre aşa ceva nici nu se cuvine să discutăm... Tşa ceva este considerai un mare păcat...

T (Sigur, sunteţi destul de mâhnit şi aşa, de ce să vă mai necăjesc şi eu cu astfel de subiecte. Sa vorbim mai bine despre copii.

9 Tă spuneam că sunt incapabil să-i ajut.

T: Tuteţi să îmi spuneţi mai multe despre asta ?

9: [c]Pentrufiul cel mare, mi-ar trebui bani pentru colegiu. Cste un copil atât de bun, iar eu după o viaţă de muncă în înoălământ, nu pot nici măcar plăti taxele pentru ca fiii mei sa studieze.

[C]T: (fi atunci, v-aţi gândit la asigurări?

9: (începe să plângă) [c]Da, am oorbit cu agentul meu. 91i-a spus ca în caz de deces - chiar dacă ar fi sinucidere - familia ar beneficia de banii aceia. Csle aşa de chinuitor, am coşmaruri în care mă oăd mori...

Cazul 5: bărbat, 30 de ani, vine la consiliere pentru că este prea agresiv cu propriul copil, dar îi oine greu să povestească despre asta

9: 9)ă rog să îmi spuneţi, i-aţi rupt vreodată o mână sau un picior sau aţi încercat să îl sufocaţi?

9:91, nul (Asta, în nici un caz. fie fapt, ceea ce s-a întâmplat...

Cazul 6: băiat, 72 ani, îi bate pe colegi în timpul orei, adus de diriginte la psihologul şcoliipentru consiliere. (5 fă încordat, nu scoate o vorbă.

9: (5pune-mi, te rog, tu eşti un bun luptător?

u -

9: 9a! (răspunde şi continuă mai destins să dea exemple...)

9n fiecare dialog, intervievatul opune rezistenţă şi fot în fiecare, intervievatorul reuşeşte să îl facă să dialogheze, în cele din urmă.

s/

c5e discută despre cele 6 cazuri de rezistenţă conştientă prezentate de Othmer şi Othmer în exemplele de mai sus şi despre tehnicile utilizate de intervievator pentru diminuarea rezistenţelor la dialog:

1. Exprimarea acceptării (exprimarea clară, cmpalică, a acceptării necondiţionate a clientului, atunci când el dă semne că se teme de ridicol, de a nu fi cumva considerat inacceptabil sau slab efc.)

2. Confruntarea (discutarea deschisă despre semnalele comportamentale care sugerează o rezis tenia, cum ar fi clipitulfrecvent, dresul vocii, tuşitul, înroşirea excesivă, transpiraţia abundentă, postura încordată, frecatul mâinilor ele.).

3. Confruntarea cu consecinţele (atunci când se urmăreşte, în dialogul clinic, obţinerea de informaţii, mai ales despre acte cu potenţial agresiv, clientul poale fi constrâns prin această metodă, arătându-i-se că tăcerea, lipsa de cooperare îl pol priva de unele finalităţi dorite; de exemplu, atunci când un infractor nu vorbeşte despre faptele sale, poate fi constrâns să o facă, ameninţat că nu va avea acces la un avocat).

4. (Schimbarea abordării (atunci când subiectul este extrem de delicat pentru client şi acesta pare să îl evite, aparent, putem abandona subiectul, provocând mersul discuţiei, către acelaşi subiect, pe alte căi).

5. Exagerarea (se recomandă ca atunci când clientul se jenează să vorbească despre cele petrecute, de teamă că intervievatorul îl va aprecia negativ, să fie formulat un mesaj din care clientul să înţeleagă că fapta lui se află mult sub aşteptările intervievatorului).

6. fnducerea laudei (mai ales, în cazurile de comportamente antisociale, în care cel intervievai refuză să vorbească, se utilizează, pentru declanşarea mărturisirilor, o intervenţie iniţială, în care să fie sugerată o semnificaţie pozitivă a faptelor; se recomandă, mai ales, în lucrul cu copiii).

'TemaŞ

Interpretarea, reformularea şi resemnificarea în cadrul dialogului psihoterapeutic[2]

Prin *interpretare,* psihanalistul consideră că îi aduce la cunoştinţă pacientului sensul primar al trăirilor sale (relatate de acesta, atunci când evocă propriile experienţe, vise etc.), că topeşte treptat, în cadrul îndelungatului travaliu psihanalitic, iluziile, minciunile şi fantasmele provocate de mecanismele de apărare ale eului, înlocuindu-le cu o cunoaştere corectă de sine.

u

identificaţi dacă este utilizat simbolul, concept-cbeie în procesul interpretării, în textul care urmează, extras din cazul flora al lui (5. i'reud.

«[...] idai avem totuşi încă o mare parte a visului de interpretat. Hm întrebat mai departe: „Ce este cu caseta de bijuterii pe care mama vrea sa o salvezel

— *Hama iubeşte foarte mult bijuteriile şi a primii multe de la papa.*

— *$ido.?*

[2] Pentru desfăşurarea activităţilor la această temă, studenţii să aibă la îndemână un fragment (pp. 119 - 133) din capitolul V, *Structura verbală a psihoterapie*?/, din lucrarea *Elemente de psihoterapie integrativa* a prof. dr. Ion Dafinoiu, publicată în 2000 la Ed. Polirom, Iaşi.

Vntţial şi eu am iubii foarte mult bijuteriile; de când sunt bolnavă, nu mai port. Cu patru ani în urmă (un an înainte de vis), papa şi mama s-au certai rău din cauza unei bijuterii. Dlama dorea să poarte ceva anume: cercei cu perle în formă de picături. D'apa nu agrea aşa ceva şi i-a adus în locul perlelor o brălard. Ca a fost mânioasă şi i-a spus că dacă a cheltuit atât de mulţi bani pentru a-i dărui ceva care nu-iplace, atunci trebuie să-i dăruiască altceva.

— [c]V-aţt gândit atunci că aţi fi luat brăţara cu plăcere?

— Ciu ştiu şi mai ales nu ştiu cum de apare mama în vis; ea atunci nu a fost în oraşul df.

— [c]Vă voi explica aceasta mai târziu. $71tu vă trece prin minte nimic altceva în legătură cu caseta de bijuterii? Dână acum aţi vorbit numai despre bijuterii, nimic despre o casetă.

— Da, dl. [C]K. mi-a făcut cadou cu câtva timp în urmă o casetă de bijuteriipreţioasă.

— Sdlunci poate nu era deplasai un cadou în schimb. Doate nu ştiţi, ,,casetă de bijuterii este o denumire preferată pentru ceea ce nu demult aţi indicat prin intermediulpoşeiuţei, adică organele genitale feminine.

■—- Sfim ştiut că dumneavoastră veţi spune as fel.

— Sdsta înseamnă că dos. aţi ştiut despre această semnificaţie, (densul visului devine acum mai clar. xJ-aţi spus: ,,SUcest bărbat mă urmăreşte, el vrea să pătrundă în camera mea, caseta mea de bijuterii este ameninţată şi dacă se va produce o nenorocire va fi vina lui papa. [...]

s/,

s/,

».

(5e punctează dialogurile în care apare interpretarea făcută de psihanalist, utilizarea casetei cu bijuterii drept simbol al organelor genitale femeieşti.

de observă pe text unde anume psihanalistul sugerează formularea unor ipoteze pe care le testează în dialogul cu pacienta sa (de exemplu: ,ffdu vă trece prin minte nimic altceva în legătură cu caseta

de bijuterii?).

Teoretizată de Cari Rogers, *reformularea*, ca tehnică terapeutică, este validă mai ales dacă întruneşte acordul clientului căruia îi este oferită. Prin reformulare, terapeutul spune ceea ce clientul tocmai a exprimat, dar o face într-o manieră mai concisă sau mai explicită. Terapeutul trebuie să asculte cu atenţie şi să înţeleagă ceea ce exprimă clientul, iar reformularea pe care i-o returnează să fie expresia acestei înţelegeri.

^ (Sesizaţi reformulările folosite în dialogul de mai jos, purial de însuşi Cari Dogers cu o clientă:

C. D: fncă nu ne-am cunoscut şi nu ştiu despre ce vei dori sa vorbim, dar aş fi bucuros sa aflu, indiferent care ar fi problema.

Q.: Droblema mea este ca îmi este extrem de greu sa spun Dfll. Cu lucrez în consiliere, dar nu numai în interiorul profesiei, ci şi în afara ei, găsesc că este prea greu să spun Dfll oamenilor. (Simt că îmi pasă prea mult. C.D.: Dba...

ff.: Dacă spun nu, mă simt vinovată. Cste ca şi cum ar trebui să fiu acolo numai pentru ceilalţi şi este neobişnuit să mă gândesc la mine ca la o persoană.

C. D.: Sdsta înseamnă că găseşti dificil să te prolejezfl

fj.: Da, cred că în exterior, îmi este greu să mă protejez. Dar în interior, mi-am confecţionat ceva ca o mască de oţel, astfel încât nimeni nu mai poate sa vadă cine suni eu de fapt.

C.D.: Dşadar tu nu spui DCU şi faci foarte multe lucruri din grija pentru alţii, dar cumva, în interiorul tău, spui DCll. fi-ai confecţionat o proiecţie ca de oţel...

fj.: Da, este ca un fel de zid în jurul meu...

C. D.: Din zid.

f).: Emoţional. Dşa încât nimeni nu poate vedea ce simt eu. <Su văd ce simt alţii, mă dedic şi mă consum mult, dar pe mine, nimeni nu mă ascultă.

C. D.: Nimeni nu le ascultă, dar asia se întâmplă în parle şi pentru că tu pui un zid, astfel încât nimeni să nu le poală vedea sau asculta, dacă înţeleg bine.

ff.: Cred că da, aşa este...

C.D.: Aşadar tu dăruieşti, tu asculţi, ajuţi, acorzi suport, dar nu există nimeni care să te asculte pe tine, care să ajungă până la line.

ff. : Da, aşa este.

C. D.: Trebuie să fie o senzaţie de singurătate...

ff.: Da, aşa este şi nu ştiu de ce, nu ştiu ce să fac să opresc această stare, să ies către oameni din această singurătate...

CTt.: Drob/ema devine acum mai presantă, asta vrei să spufl

£J. : Da este mai presantă pentru că realizez că am nevoie de timp pentru mine, pentru a explora această însingurare...

fn urma parcurgerii dialogurilor de mai sus, dacă ar trebui să apelaţi Ia serviciile

fi/.

unuia dintre cei doi psihoterapeuţi, !a care aţi prefera să apelaţii Sdrgumentaţi.

Ce discută despre avantajele şi dezavantajele percepute de studenţi în ambele abordări, despre eventuala adecvare a utilizării unei metode la caz, în funcţie de acuze, suferinţe, patologie.

Cari Rogers accentuează foarte mult importanţa dezvoltării empatiei la psihoterapeuţi. Empatia[3] este, alături de atitudinea pozitivă necondiţionată faţă de client şi de congruenţa, onestitatea terapeutului, o caracteristică a acestuia, fără de care nu poate avea loc o bună terapie.

[3] Empatia presupune, pe de o parte, cunoaşterea „din interior" a celuilalt şi, pe de altă parte, suferinţa, după cum indică verbul grecesc *pathein*. Din perspectivă psihoterapeutică, cuvintele *empathie* în limba franceză şi *empathy* în limba engleză reprezintă traducerea cuvântului german *Einjuhlung*, „a simţi împreună" sau, mai degrabă, „uniune în sentiment" (Lebovici, 2006, p. 98).

Atunci când, prin reformulare, ne străduim să fim empatici, avem de retumat clientului un mesaj prin care să îl lăsăm să vadă că îi respectăm punctul său de vedere, fără ca noi să adăugăm ceva din propria noastră viziune asupra situaţiei lui.

Citim dialogul de mai jos. £l are Ioc înire doi student care joacă rolurile de client şi, respectiv, de terapeut. Terapeutul are sarcina de a~i re- tuma clientei o reformulare rezumat, fn ce măsură consideraţi că reformu- larea este corectă? Sflrgumenlaţi.

„Clienta : Tupă cum poţi vedea, deşi nu sunt o frumuşele, nici urâtă nu suni. Ceea ce probabil nu pojj observa în legătură cu mine este că sunt o persoană inteligentă. Din păcate, primul lucru pe care oamenii îl observă la mine este defectul meu de vorbire. Cu nu îi acuz, dar de flecare dată când am ceva de spus, oamenii, în loc sa fie atenjj la ceea ce vorbesc, se concentrează asupra defectului meu şi asta mă face să fiu mereu în defensivă, fnteligenţa mea şi defectul meu de vorbire sunt evaluate împreună, şi asta mise pare foarte nedrept.

„Terapeutul: Tacă înleleg bine, oamenii nu ascultă ceea ce ai tu de spus, şt asta te înfurie. Ti vrea să le spui ceea ce nu îfi convine, dar ei nu le ascultă şi atunci tu eşti mereu în

*/

ofensivă.

c5e discută erorile făcute de studentul cu rol de terapeut, dar şi despre probabilitatea foarte mare de a face astfel de greşeli, în absenţa unui antrenament, ca efect al limitelor atenţiei, al influenţei propriilor credinţe sau prejudecăţi ele.

Este necesar să ne dezvoltăm această abilitate de a răspunde empatic. Gerard Egan, în lucrarea sa *Exercises in helping skills,* le recomandă începătorilor să exerseze, organizând informaţia primită de la pacient în trei domenii: fapte, gânduri, emoţii.

s/[1]

[c]Penlru fiecare problemă a pacientului de mai jos, exlrageţi în trei coloane (fapte, gânduri, emoţii). ideile potrivite din mesajulpacientului. 9?e- alizali, apoi, o reformulare rezumai şi una de lip clarificare, cu ajutorul ideilor scoase în tabel.

a) F, 40 ani

„Ieri vorbeam la serviciu cu unul dintre operatori, când a intrat şeful nervos. A început să ţipe la mine şi să îmi reproşeze o greşeală pe care eu nu o făcusem. Am încremenit şi am rămas un timp ca în stare de şoc. întreaga zi, m-am gândit numai la asta; orice făceam, scena asta mă urmărea. în cele din urmă, m-am enervat atât de tare, încât am dat buzna în biroul lui şi i-am răspuns, cu vârf şi îndesat, multe pe care aveam să i le reproşez. M-a concediat în momentul imediat următor, iar eu am fost deprimată toată noaptea. De dimineaţă, mă tot gândesc unde să îmi găsesc alt serviciu sau cum să îl recapăt pe cel dinainte."

b) B, 37 ani

„Soţia mea mă ţine mereu în umbră. De exemplu, săptămâna trecută s-a angajat, fără ca măcar să mă întrebe dacă sunt de acord. Nici măcar nu m-a întrebat cum m-aş simţi. Ia singură decizii, fără să mă implice. Sunt sigur că mă consideră un ratat. Soacra mea nu m-a vrut niciodată de ginere, a considerat că fiica sa este prea bună pentru mine. Soţia mea vrea acum să arate că mama ei a avut dreptate şi nu m-aş mira să ajungă să câştige mai mult ca mine. Alţii divorţează din motive mult mai puţin întemeiate decât aş avea eu. Dar eu nu am să le dau această

s/,

satisfacţie."

c5e prezintă în grupul de studenţi reformulările făcute de fiecare, pentru fiecare caz. Studenţii ascultă şi îşi oferă reciproc feedback-uri pentru reformulările realizate.

s/

*‘Tormulaţi o prezentare scurtă a unei probleme personale. (*)*n grupuri de câte trei (client, terapeut, observator), ascultaţi problema clientului şi oferiţi-i o reformulare clarificare sau o reformulare rezumai, la alegere, fi olul observatorului şi al clientului (fiecare este, pe rând, şi observator şi client şi terapeut) este de a ajuta terapeutul după încheierea jocului de rol, să afle ce a fost util şi ce ar trebui schimbai din reformularea sa.*

Intervenţia numită *resemnificare*, promovată de Şcoala de la Palo Alto, urmăreşte să faciliteze schimbarea comportamentală dorită, prin schimbarea, mai întâi, a semnificaţiei pe care clientul o acordă problemei sale. Resemnificarea permite pacientului să se reorien- teze către o serie de comportamente posibile, altele decât până atunci.

fn lucrarea „Clemente de psihoterapie integrativa' (f)afinoiu, 2000) vedeţi, la pagina 130, tabelul Iui c*il)ilkinson, cu exemple de resemnificare (coloana din dreapta) la plângerile pacienţilor (coloana din stânga), identificaţi şi formulaţi şi alte posibile resemnificări pentru pacienţii care au astfel de acuze şi, în plus, pentru pacienţii care se plâng de timiditate.*

c7Qma 4

Componentele metaforelor terapeutice'

Intervenţiile psihoterapeutice sunt descrise de Kopp (2001), ca fiind de două tipuri: metaforele generate de client şi metaforele generate de psihoterapeut. Limbajul metaforic al pacientului poate fi o expresie directă şi un indicator al realităţii sale personale. Insă, întrucât aici ne vom ocupa de metaforele spuse de terapeut clientului, reţinem precizările făcute în această direcţie. Metaforele generate de terapeut sunt întâlnite în abordările psihodinamice, ericksoniene, siste- mice şi de familie. Cu ajutorul metaforei terapeutice, sunt interpretate simptome, sunt oferite sugestii pentru schimbare în structura şi funcţionarea individului şi a familiei.

S-ar putea pune întrebarea: ce anume *face* ca o metaforă eficientă să fie terapeutică? Probabil, cea mai importantă funcţie a sa este de a crea ceea ce Rossi numea o „realitate fenomenologică împărtăşită", în care lumea creată de metafora terapeutului este experimentată de copil. Acest lucru creează o relaţie empatică cu trei conexiuni, între copil, terapeut şi poveste, ceea ce va acorda copilului posibilitatea de a dezvolta *o impresie a identificării* cu personajele şi evenimentele creionate. Acest sentiment al identificării este cel care conţine puterea de transformare a metaforei (Gordon, 1978). Copilul trebuie să creeze o punte de conexiuni personale între el însuşi şi evenimentele povestirii, dacă se pune problema să aducă porţiuni din povestire în viaţa sa „reală". în cadrul metaforei terapeutice eficiente, acest lucru este facilitat de reprezentarea problemei copilului suficient de exact, încât el să nu se mai simtă singur şi, în acelaşi timp, [4]

[4] Cea mai mare parte a acestui fragment are la bază lucrarea publicată în 1986 de doi psihoterapeuţi practicieni din California, Joyce C. Mills şi Richard J. Crowley, *Therapeutic Metaphors for Children and the Child Within* (pp. 65-81).

suficient de indirect, încât copilul să nu se simtă jenat, umilit sau să opună rezistenţă.

Odată ce identificarea între copil şi poveste este stabilită, *impresia de izolare* a copilului cu privire la problema lui *{„Nimeni* nu are probleme ca mine.“) este înlocuită de o impresie a *experienţei împărtăşite* („Şi ei au probleme cum am eu!“). însă, din nou, cu toate acestea, conexiunea dintre problema metaforică şi problema copilului rămâne „nu chiar“ conştientă. în aceasta constă, într-adevăr, eleganta delicateţe a metaforei terapeutice: povestea „loveşte unde trebuie“, dar într-un mod ciudat de îndepărtat, se concentrează pe problemă, dar într-un mod tacit şi difuz, şi activează abilităţi şi resurse concrete, dar într-un context generalizat, neameninţător. Copilul fără tată ce plânge în timpul scenei de rămas-bun din filmul *E. T.* ar putea să nu gândească niciodată conştient că „asta e ca atunci când a plecat tata“. Şi totuşi, la un anumit nivel, sentimentul iubirii şi starea fundamentală de bine sugerată de sfârşitul filmului ar putea să-l ajute pe copil să-şi experimenteze pierderea într-un mod nou şi mult mai benefic - şi fără ca măcar să-şi dea seama de asta.

Cum poate cineva să caute să creeze o realitate fenomenologică împărtăşită, prin care metafora terapeutică să-şi atingă scopul? Dacă ne gândim la basmele clasice, putem deosebi elemente sau componente ale scrierii poveştilor care sunt comune. Intr-un fel sau altul, majoritatea basmelor clasice:

(1) Stabilesc o temă generală de *conflict metaforic,* în relaţie cu protagonistul;

(2) Personifică *procese inconştiente,* sub forma eroilor sau ajutoarelor (reprezentând abilităţile şi resursele protagonistului) şi a duşmanilor sau piedicilor (reprezentând temerile şi credinţele negative ale protagonistului);

(3) Personifică *situaţii de învăţare paralelă,* din care protagonistul iese victorios;

(4) Prezintă *o criză metaforică,* în contextul unui deznodământ inevitabil, prin care protagonistul îşi învinge sau rezolvă problemele;

(5) Dezvoltă un nou *sentiment de identitate* pentru protagonist, ca rezultat al victorioasei sale „călătorii a eroului“;

(6) Culminează cu o *celebrare,* în care meritul special al protagonistului este recunoscut.

„Răţuşca cea urâtă“ ca metaforă terapeutică

Să luăm un exemplu foarte cunoscut. în povestea *Răţuşca cea urâtă,*

o lume fenomenologică împărtăşită este creată din experienţa comună de a te simţi nedorit, neatractiv şi diferit. Fie copil sau adult, povestea înlocuieşte sentimentul nostru de *izolare* cu acele sentimente negative, trăgându-ne în profunzimea durerii şi respingerii Ră- |uştei urâte. Avem impresia *experienţei împărtăşite,* pe măsură ce o însoţim pe răţuşcă în multele ei încercări şi chinuri, iar *identificarea* care ia naştere din această experienţă împărtăşită ne permite să par- licipăm pe deplin la transformarea răţuştei într-o lebădă superbă.

Toate acestea se găsesc în *Răţuşca cea urâtă* de Hans Chris- lian Andersen, care a folosit cele şase componente clasice. Pentru început, *conflictul metaforic* este descris prin naşterea răţuştei caraghioase. Din primele momente de viaţă, bobocul de raţă arată diferit - iar fraţii şi surorile şi toţi ceilalţi tovarăşi de curte reacţionează repede şi crud cu privire la această diferenţă:

> Săraca răţuşcă, ce ieşise ultima din ou şi arăta atât de urât, a fost ciupită şi împinsă şi necăjită atât de raţe, cât şi de găini. „Marele şoim!“ au cloncănit toţi... Sărmana răţuşcă nu ştia încotro să se întoarcă; era deja foarte tristă că era atât de urâtă şi acum mai râdea şi întreaga curte de ea.

Doar mama sa remarcă aspectele bune. Ea îşi dă seama de potenţialul răţuştei de îmbunătăţire şi îi enumeră *procesele inconştiente,* sub forma abilităţilor şi resurselor:

> Uitaţi ce frumos îşi foloseşte picioarele şi ce drept se ţine... Nu e drăgălaşă, dar e atât de cuminte şi poate să înoate la fel de bine ca şi ceilalţi - aş zice chiar mai bine. îmi imaginez că înfăţişarea i se va îmbunătăţi, pe măsură ce va creşte, sau poate că în timp va mai descreşte puţin.

Cu toate acestea, insultele curţii nu fac decât să crească, aşa că mica răţuşcă pleacă „spre marea mlaştină unde trăiesc raţele sălbatice“, sperând să găsească acceptare sau cel puţin linişte. Nu găseşte nunii din ncestca, în schimb, întâlneşte prima *criză metaforică* din povesti-, când mlaştina este înconjurată deodată de vânători şi câinii Im < Vldaltc creaturi sunt ucise, dar Răţuşca cea urâtă reuşeşte să Mipriivic|uiasoă. Când se vede în faţă cu un „câine mare şi înfricoşatul cu limba scoasă şi ochi strălucitori şi cruzi“, răţuşca se teme că viaţa ei ia slărşit - dar câinele se întoarce şi pleacă, fără

ca măcar să se atingă de ea. Aici Andersen aduce un exemplu de recadrare, prin aceea că răţuşca recunoaşte că presupusa urâţenie i-a servit pozitiv, salvându-i viaţa: „Slavă Domnului, sunt atât de urâtă, că nici măcar câinele nu are poftă de cineva ca mine!“

După ce criza este rezolvată, raţa găseşte drumul spre o casă care îi oferă, fără să vrea, multe *situaţii paralele de învăţare.* Deja mica raţă învăţase multe lucruri importante: învăţase să înoate, învăţase cum să aibă grijă de ea însăşi şi învăţase cum să supravieţuiască unei crize. Aflată acum în siguranţă în casă, cu o bătrână, o găină şi o pisică, răţuşca are ocazia să aleagă între ceea ce ştie şi vrea şi ceea ce *alţii* gândesc şi vor *pentru* ea. Manifestându-şi dorinţa de a părăsi casa şi de a pleca înapoi în apă, răţuştei i se atrage foarte tare atenţia de către aroganta găină:

> „Cred că ai înnebunit“, a spus găina. „întreab-o şi pe pisică despre asta - n-am întâlnit pe nimeni atât de inteligent ca ea - întreab-o dacă îi plac înotul şi scufundările! De mine nu spun nimic. întreab-o pe stăpâna noastră, cea mai înţeleaptă femeie din lume! Crezi că ea este dornică să înoate şi să se scufunde?... Desigur că nu vei încerca să arăţi că eşti mai înţeleaptă decât pisica şi stăpâna - ca să nu mai vorbesc de mine. Nu fi naivă, fetiţo!... Eşti, pur şi simplu, proastă şi nu mai e distractiv să te avem aici. Poţi să mă crezi pe cuvânt - dacă spun lucruri neplăcute despre tine, e doar spre binele tău; aşa îţi dai seama care-ţi sunt adevăraţii prieteni.

Neînfricoşată, mica raţă replică: „Cred că am să plec în lumea largă!“

întoarsă acum în „lumea largă“, răţuşca este încă întâmpinată cu respingere şi necazuri. Dar, pe măsură ce iama se apropie şi toate păsările mari îşi încep migraţia, i se dă primul semn de speranţă, când frumoasele lebede zboară pe deasupra ei. Aici, Andersen personifică acele *capacităţi inconştiente* ale răţuştei, sub forma lebedei în devenire:

> Ah! N-aş putea să uit niciodată acele faimoase, norocoase păsări; şi imediat ce ele au dispărut din vedere, ea a plonjat direct spre fundul apei şi când s-a ridicat deasupra, aproape că nu mai putea de bucurie. Nu ştia cum se numeau acele păsări, nici unde zburau, şi totuşi ei îi erau mai dragi decât orice cunoscuse vreodată... Cum ar fi putut ea să viseze vreodată la asemenea frumuseţe pentru sine?

Lebedele dispar şi răţuşca rămâne iarăşi singură în iama stearpă şi rece. în timpul acestei ierni, ea trece printr-o altă criză când îngheaţă în iaz şi este salvată în ultimul moment de către un ţăran. Această criză conduce apoi la continuarea învăţării, ea învăţând singură să zboare, pentru a scăpa de soţia şi copiii ţăranului, care o asaltează.

Totuşi, frigul iernii aduce în continuare alte cazuri de conflict, crize şi învăţăminte raţei care acum nu mai este aşa de mică. Pe măsură ce primăvara încălzeşte şi colorează ţinutul, ea descoperă că aripile ei s-au întins şi au câştigat în putere - şi că poate să zboare destul de bine! Din nou zăreşte un stol de lebede, de data asta, înotând în iaz, şi ea reuşeşte să zboare pe deasupra lor şi să fie cu ele - chiar dacă „ele mă vor ciupi groaznic pentru îndrăzneala de a mă apropia, aşa urâtă cum sunt.'[1] în acest moment, Andersen oferă o frumoasă descriere a procesului de descoperire şi luare în posesie a potenţialităţilor inconştiente. Odată cu reapariţia stolului de lebede, care personifică adevărata frumuseţe a Răţuştei urâte, răţuşca „se convinge“ în sfârşit, atunci când îşi zăreşte reflecţia în apă - „nu o pasăre neîndemânatică şi cenuşie, urâtă şi neatractivă - nu, ea era o lebădă!“

în continuare, raţa parcurge o perioadă veselă de tranziţie, în care sintetizează o nouă *identitate,* ca lebădă frumoasă:

> Ea s-a simţit foarte bucuroasă că a trecut prin atâta suferinţă şi dorinţă; asta a ajutat-o să aprecieze toată fericirea şi frumuseţea care o aşteptau acum... Era tare, tare fericită, dar deloc mândră, căci o inimă bună nu se îngâmfă niciodată.

La sfârşit, are loc *o celebrare,* în care meritul adevărat şi special al Răţuştei urâte este vestit, în momentul în care copiii dansează şi bat din palme şi „lebedele bătrâne se pleacă înaintea ei.“ Noua ei identitate este acum acceptată pe deplin, odată cu o ultimă realizare a închiderii cercului: „[Răţuşca cea urâtă] şi-a adus aminte cum a fost dispreţuită şi persecutată, iar acum aude pe toţi spunând că a fost cea mai frumoasă din toate păsările frumoase.“

Şi aşa povestea care începe cu respingere şi durere sfârşeşte în sărbătoare şi fericire, trecându-şi, efectiv, cititorii printr-o serie de evenimente care au mediat această transformare - şi care pot ajuta la medierea unor transformări similare în cei ce o citesc. în continuare, este un rezumat al modului cum o „realitate fenomenologică împărtăşită“ este

obţinută în *Răţuşca cea urâtă,* prin intermediul „componentelor“ propuse de Mills şi Crowley pentru scrierea de poveşti.

l. Conflict metaforic	Naşterea unei răţuşte caraghioase
2. Procese şi potenţialităţi inconştiente	Mama o apără, enumeră însuşirile ei pozitive. Răţuşca cea urâtă zăreşte pentru prima oară lebede.
3. Situaţii de învăţare paralelă	învaţă să înoate, să aibă grijă de ea, să zboare.
4. Crize metaforice	Atacul din mlaştină; iama rece în iaz.
5. Noua identificare	Răţuşca cea urâtă îşi priveşte noua şi frumoasa înfăţişare în apă. „Era tare, tare fericită, dar de loc îngâmfată.“
6. Celebrare	„Lebedele bătrâne s-au plecat în faţa ei.“

Posibilitatea de a crea poveşti originale care să impresioneze copiii, precum *Vrăjitorul din Oz* sau *Răţuşca cea urâtă,* poate fi uşurată de conştientizarea acestor şase clasice componente ale scrierii de poveşti. Desigur, nu toate componentele vor fi folosite în fiecare metaforă în parte. Ideea nu este de a prezenta o procedură rigidă care

„trebuie“ urmată, ci mai degrabă de a oferi o „grilă“ de idei care să ghideze şi să stimuleze. Mills şi Croley au formulat aici componentele, în termeni conceptuali, pentru scopuri didactice, ceea ce le-ar putea face să pară nefamiliare; totuşi, în realitate, ele sunt toate naturale şi familiare nouă din lunga istorie a poveştilor copilăriei, din filme, cărţi şi din fanteziile noastre. Cu toţii avem un simţ neconştientizat al dramei - al modului cum o poveste bună se dezvoltă şi se desfăşoară. Intr-adevăr, dacă ar fi să inventaţi o poveste în următoarele cinci minute, probabil veţi găsi că ea conţine câteva din componentele noastre, fără nici un efort conştient din partea voastră de a le reproduce şi include.

Un alt factor care facilitează construirea de metafore terapeutice este modul în care noi toţi, inconştient, folosim povestiri şi poveşti deja familiare nouă, ca mijloace de a crea poveşti „originale“ pentru copil.

fi/

Observaţi, în următorul exemplu, asemănarea dintre povestea creată spontan pentru cazul întâlnit, cu

Lemn plutitor

tema descrisă în „ '-Răţuşca cea urâtă .

într-o după-amiază târzie şi rece, Joyce Mills a ajuns la casa unei prietene pentru o întâlnire cu privire chiar la cartea de faţă. Fiica ei cea mai mare, Shannon, care avea atunci şaisprezece ani, a primit- o la uşa din faţă şi a informat-o că mama ei va întârzia o oră. „Ai putea să aştepţi acolo“, i-a spus ea cu bruscheţe. Fata părea aproape să izbucnească în plâns. Vocea ei era sugrumată şi tremurată, ochii îi erau umezi, iar umerii, căzuţi. Când J. Mills a întrebat-o cum i-a fost ziua, fata i-a spus că fusese respinsă la o audiţie pentru un rol într-o piesă, la şcoală. Şi, ca să-i pună capac, patru din cei cinci elevi audiaţi au fost selectaţi - ceea ce înseamnă că ea a fost singura respinsă.

Shanon s-a născut cu paralizie cerebrală. Ea este un caz uşor, poate să vorbească, adică vorbirea îi este normală, coordonarea mâinii şi piciorului, aproape normală şi poate să meargă fără ajutor, dar cu un mers vădit târât. Efectele mai puţin vizibile ale paraliziei cere-

bnile includ probleme grave de învăţare şi identificarea afectivă, cu (aptul de a ti diferit, cu deficienţe.

I'c măsură ce Shannon a vorbit de respingerea legată de piesă, au trecut în living room, iar J. Mills a început să pună buşteni în şe- mincu. I ra aproape întuneric la acea oră şi s-a gândit că lumina şi căldura focului ii vor ridica moralul. Se înşela. Replicile lui Shannon erau presărate cu propoziţii precum: „Sunt inutilă“, „Nu sunt bună de nimic“, „N-am să valorez niciodată nimic“, „Mai bine aş muri“.

J. Mills o ştia pe Shannon de câţiva ani şi în timp, o văzuse venind de multe ori de la şcoală, înlăcrimată pentru că fusese făcută „infirmă“, „retardată“ sau „ciudată“ de ceilalţi copii. De fiecare dată când încerca s-o consoleze, accentuând celelalte calităţi ale ei, eşua. Ea nu voia să audă despre ceea ce putea face, când suferea atât de mult din pricina a ceea ce i se spunea că nu poate face. De data asta, Mills a încercat o nouă abordare. A rugat-o să o ajute doar ascultând o poveste, aparent pentru carte, ceea ce putea sau nu să aibă sens pentru ea. Avea reportofonul cu ea pentru întâlnirea cu mama ei şi, de vreme ce ei îi plăceau casetele, i-a oferit-o pe cea terminată, drept răsplată pentru că a ascultat-o. Buştenii şi şemineul i-au servit drept inspiraţie pentru următoarea poveste reprodusă verbal. în timp ce focul trosnea pe fundal, Shannon s-a lăsat în scaun să asculte.

> în timp ce stai acolo, poate ai devenit conştientă şi de altceva, din afara ta... poate ceva la care să te poţi concentra liniştită... poate vaza de acolo.
>
> Nu ştiu ce s-ar putea întâmpla dacă ai închide ochii şi ţi-ai folosi imaginaţia în timp ce vorbesc cu tine *{pauză*). Corect, schimbă-ţi poziţia, până găseşti una bună.
>
> Poţi să-ţi imaginezi un şemineu... sau să urmăreşti sunetele focului care trosneşte... sau să conştientizezi mirosul fumului... sau să observi că lemnul acela de foc va fi folosit pentru un singur scop - important la un moment dat - şi apoi uitat.
>
> Sunetele focului au o melodie a lor - blândă şi cunoscută numai de cămin.
>
> Şi, pe măsură ce urmăreşti mişcările dansului flăcărilor, poate acestea vor aduce o altă amintire plăcută... *{pauză lungă).*

A fost odată o poveste despre lemn, cherestea şi buşteni. Şi era o bucată de lemn, ca un buştean, care se simţea rău. Era ridiculizat de unii şi luat în râs de alţii, pentru că nu se potrivea cu

ei. Pur şi simplu, arăta diferit.

Conflictul metaforic

Timp de mulţi, mulţi ani, acest buştean s-a simţit trist din când în când, confuz cu privire la rolul lui aici, diferit de ceilalţi buşteni. De ce era el răsucit, ponosit şi curbat, când celelalte bucăţi apăreau puternice, ferme şi foarte folositoare? într-o zi, această bucată de lemn s-a întristat foarte mult când s-a trezit într-un morman de lemn, lângă un şemineu, pentru a fi arsă şi transformată, pur şi simplu, în cenuşă, măturată şi uitată pentru totdeauna. Cumva, a izbutit să scape de a deveni un buştean ars în cămin. în schimb, s-a trezit într-un camion şi dus la o fabrică, pentru a fi transformat în mobilier.

Procesele inconştiente

în timp ce călătorea cu camionul, îi era dificil să conceapă asta, ca şi celorlalţi. Chiar dacă erau câţiva buşteni cumsecade în camion, lui, cei mai mulţi îi păreau răi, geloşi sau dornici de a-l lua în râs, pentru că l-ar considera atât de diferit de ei. Deodată, această buturugă a simţit toată suferinţa acelor ani, râsetele şi bătaia de joc, glumele pe seama formei lui, ca buştean. S-a simţit şi mai umilit când a căzut din camionul de mobilă, sărind înainte şi înapoi pe drum, până s-a oprit undeva, singur - singurel. Nu mai avea nimic nici un rost, dacă nu a putut fi folosit nici la mobilă.

Conflict metaforic

Zilele treceau şi, într-una din ele, bușteanul a fost ridicat dc un camion de gunoi, pentru

a fi aruncat. Se părea că nimeni nu are nevoie de el, nici măcar ca lemn de foc. A fost aruncat într-un şlep care căra gunoi şi obiecte tară folosinţă. Puteai să auzi vechiul şlep zdrăngănind de-a lungul drumului, luând buşteni şi tone de alte lucruri pentru a fi aruncate în partea cea mai adâncă a apei, să alunece jos, tot mai jos. *(pauză lunga)*

Noua identificare

Ei bine, această bucată de lemn, pur şi siplu, nu putea să înţeleagă cum a putut fi ăsta scopul lui în viaţă! S-a gândit: „dacă ăsta e sfârşitul, mai bine hotărăsc eu să mă arunc din şlep... prin decizia mea... să cad în apă şi să continui să merg la fund în felul meu *(pauză lungă).* Aşa a şi făcut şi, în timp ce-şi urma drumul ales, a rămas surprins... şi confuz... să se trezească plutind la suprafaţă... capabil să plutească în felul lui unic.

Situaţii de învăţare paralelă

Şi, în timp ce privea în jur, el vedea şi auzea multe lucruri. A auzit sunetul vântului şoptind printre velele vaselor cu pânze, a auzit sunetul pelicanului în căutare de hrană şi alte sunete plăcute care-l făceau să se simtă bine. *(pauză)* După un timp, s-a trezit plutind împreună cu sunetul valurilor care până la urmă, l-au adus la ţărm. Acum era iarăşi lipsit de ţintă şi s-a gândit să rămână, pur şi simplu, acolo, să se usuce şi să dispară. Ce scop trist în viaţă! Curând totuşi, a adormit sub soarele cald, ascultând ritmul valurilor calme. Ascultând sunetul cerului albastru, pe cel al oceanului, s-a destins şi mai mult.

Nona identificare

Deodată, a fost trezit din odihna sa de către mângâierea plăcută a unei mâini care-l ţinea şi zâmbea şi se bucura spunând: „Eşti minunat, eşti minunat!“. El nu-şi amintea să fi văzut o expresie atât de iubitoare pe chipul cuiva... *{pauză)...* sau să fi auzit cuvinte de preţuire în vocea cuiva... *{pauză lungă)...* nici să fi fost atins în felul acela plăcut, *{pauză lungă)* Era confuz, dar nu după mult timp, a fost luat repede cu emoţie şi energie şi arătat multor oameni care erau încântaţi să vadă forma acestei bucăţi de lemn, unică şi modelată cu creativitate, *{pauză lungă)* Şi lemnul privind în jur a citit un anunţ pe uşă şi care spunea ceva de un *lemn plutitor.* Fusese etichetat *Lemn plutitor* şi ţinut la mare cinste! De fapt, i se oferise scopul deosebit de a fi cea mai frumoasă bucată de lemn plutitor dintotdeauna.

Celebrare

In cele din urmă, a câştigat un concurs şi multe, multe premii şi a fost recunoscut în toată lumea pentru frumuseţea şi căldura sa şi multe, multe altele. Curând, s-a trezit într-un loc frumos, pe un suport special, unde se destindea în timpul zilei, în timp ce privea figuri zâmbitoare şi auzea cuvinte de laudă de la trecătorii care se întindeau cu grijă să-l atingă - doar să simtă cum este să fii o bucată de lemn atât de frumoasă şi unică. Şi cum se relaxa în noua şi plina viaţă, ca exemplar special de *lemn plutitor,* se gândea: „Chiar dacă te-ai îngrijorat în tot timpul acela, până la urmă, ţi-ai atins destinaţia, scopul, în mod uşor!“ Şi în definitiv, chiar şi-a atins destinaţia şi rostul, un scop universal recunoscut de toţi.

is/

Studenţii lucrează în echipe de câte doi. Tiecare identifică o problemă personală pe care o prezintă, pe scurt, celuilalt. [c]Urmează ca fiecare dintre cei doi să realizeze o metaforă terapeutică, în care să ofere, indirect, o rezolvare la problema celuilalt sau o resemnificare. Se urmăreşte construirea unei

5/ <

*poveşti terapeutice după structura descrisă de [c]d*li/ls şi Crotv/ey.*

Sn cele patru poveşti care urmează:

- identificaţi elementele corespunzătoare etapelor unei povestiri terapeutice după structura lui 'IMills şi Cromley:

- observaţi îndeplinirea funcţiilor de model şi, respectiv, de resemnificare (cf. [c]Dafinoiu, 2000. p. 111)

Câinele cu trei picioare

Timp de zece ani, familia Allen a fost una de patru membri, intactă. Intr-o zi, pe neaşteptate, tatăl a părăsit casa şi, două săptămâni mai târziu, a înaintat divorţ. în acel moment, Julie, o femeie atractivă de 38 de ani şi cele două fiice ale sale de opt şi cinci ani, Sandy şi Melissa, au venit la psihoterapie pentru ajutor. Mama nu putea nici să mănânce, nici să doarmă bine. Vorbea despre sentimente de furie şi inutilitate, spunând: „Pur şi simplu, nu mă mai simt întreagă.“ Cele două fetiţe îşi exprimau şi ele sentimentele lor de tristeţe şi frică cu privire la pierderea subită a tatălui lor.

în timpul primei şedinţe, membrilor familiei li s-a cerut să deseneze imagini ale lucrurilor pe care le-au plăcut să le facă. Fetiţele au desenat activităţi care includeau hobby-urile, prietenii şi animalele lor, în timp ce Julie desena imagini care descriau „o familie întreagă“ (patru membri) interacţionând. în acel moment, psihoterapeutei i-a

venit în minte o experienţă personală legată de un câine eu trei picioare, pe care a prezentat-o imediat mamei şi fiicelor ei:

> Săptămâna trecută, în timp ce eram în maşină cu fiul meu, Casey, de zece ani, şi conduceam, el a spus deodată: „Mami, priveşte acolo!“ A arătat agitat spre stânga. „E un câine cu trei picioare!“, a exclamat amuzat.
>
> — Da, am spus, e, într-adevăr, un câine cu trei picioare.
>
> — Dar, mami, a protestat, uite ce face! Se joacă cu mingea, aleargă, stă, îşi roade osul. Face tot ceea ce face şi câinele nostru, dar are numai trei picioare. Cum e posibil? *[pauză]*
>
> Casey a continuat să mă întrebe curios:
>
> — Dar, mami, cum poate să facă toate acele lucruri? *[pauză]*
>
> — Ei bine, Casey, am răspuns, presupun că a învăţat să se adapteze la faptul de a nu avea şi celălalt picior, al patrulea. Cred că a învăţat cum să se distreze cu cele trei picioare care i-au mai rămas.
>
> Din nou, Casey a întrebat:
>
> — Dar nu crezi că i-a fost greu să facă asta?
>
> — Ba da, am răspuns, probabil, la început, i-a fost greu. Toţi avem nevoie de puţin timp să învăţăm ceva nou. Dar odată ce l-am învăţat, acest lucru e pentru totdeauna.
>
> După un timp, Casey a întrebat ce s-a întâmplat cu cel dc-al patrulea picior al câinelui. Am spus că nu ştiu sigur - poate s-a născut aşa, poate l-a pierdut pe când era pui, poate l-a pierdut de curând. Nu are importanţă. Ceea ce contează, i-am spus, e faptul că acel câine pierduse ceva important şi apoi a învăţat cum să folosească ceea ce i-a rămas, într-un nou mod.
>
> Lui Casey i-a plăcut răspunsul meu, a stat liniştit tot restul drumului spre casă. După ce am ajuns acasă, a alergat să-i spună prietenului său totul despre acel uimitor câine cu trei picioare.

Psihoterapia a continuat cu familia timp de şase luni, timp în care alte poveşti şi metafore artistice au fost folosite drept chei ale tratamentului. Julie şi-a găsit o slujbă bună şi a început să aibă gân

duri plăcute cu privire la întoarcerea în facultate, pentru a-şi continua cariera. A început să-şi dea întâlniri şi să se simtă „chiar întreagă din nou“.

în timpul primelor două luni de terapie, sentimentele copleşitoare de tristeţe ale lui Sandy şi ale Mclissei s-au schimbat foarte mult în bine, iar obiceiurile lor privind mâncatul şi dormitul au revenit la normal. Cu toate acestea, ele s-au mai plâns ocazional de dureri de cap, de stomac sau refuzau să se ducă la şcoală. Se pare că aceste probleme coincideau cu vizitele şi telefoanele tatălui. După ce etiologia medicală a fost ignorată, tatăl a fost contactat şi adus pentru consiliere familială cu fiicele sale. în timpul terapiei, el a început să înţeleagă importanţa rolului său în viaţa lor şi a răspuns cu căldură şi disponibilitate pentru a-şi ajuta copiii.

Cam la două luni după ce terapia s-a încheiat, psihoterapeuta a primit un telefon extrem de plăcut de la Melissa. I-a povestit încântată cum un câine cu trei picioare a venit în cartierul lor şi cum ea şi Sandy îl învaţă multe „lucruri nostime“.

Grădina Vanessei

în cazul următor, a fost folosită o experienţă personală legată de o grădină, pentru a structura o poveste pentru un copil mic, adoptat. Un cuplu tânăr, împreună cu copilul lor adoptiv, Vanessa, au fost trimişi pentru tratament de un asistent social, pentru că fata de nouă ani trebuia să fie transferată la un alt orfelinat - al treilea, în mai puţin de doi ani. Părinţii adoptivi nu au fost capabili să aibă grijă de ea, date fiind problemele lor personale şi nevoia permanentă de grijă a Vanessei.

în timp ce căutau să afle ceva de la Vanessa despre ceea ce-i place şi ce nu-i place, ea a menţionat că primea săptămânal o plată, pentru că ajuta la lucrul în grădină, ceea ce-i plăcea să facă. Comentariul ei a acţionat asupra amintirii unei experienţe pe care o avusese psihoterapeuta, legată de nişte plante de grădină, aşa că am folosit amintirea, ca bază pentru o poveste care s-ar fi potrivit cu experienţa ei şi care indica un final fericit.

Acum câţiva ani, vecinii mei şi-au vândut casa. Aceasta trebuia să fie demolată şi înlocuită cu un bloc de locuinţe. A trecut un timp între vânzarea casei, acoperirea ferestrelor, demolarea casei şi începerea construcţiilor. Am observat cum câteva tufişuri şi plante din jurul casei au început să se ofilească, de vreme ce nimeni nu le mai uda. L-am contactat pe noul proprietar şi mi s-a permis să scot din pământ pentru replantare orice aş fi vrut.

Prima dată, am ales planta care arăta cel mai trist şi care avea cea mai mare nevoie de ajutor. Am luat-o din curtea goală din josul străzii şi am dus-o în noua ei casă. I-am spus că, deşi cred că ştiu destule despre cum trebuie să ai grijă de flori, totuşi am nevoie de ajutorul ei, ca să ştiu de ce are nevoie - aşa cum mi-a dat de înţeles că are nevoie de ajutor, pe când trăia înjosul străzii, având frunzele ofilite.

După ce am replantat-o într-un loc în care am crezut că e cel mai bine, i-am dat apă din belşug şi hrană pentru plante. Dar n-a fost destul. Planta nu prindea rădăcină, aşa că am mutat-o de jos, din zona umbrită, într-un vas separat, doar al ei şi i-am spus: „Acum fa-mă să înţeleg dacă aici e locul tău.“ După un timp, mi-a spus prin lipsa culorilor vii că nu era bine. M-am simţit trist, iar planta arăta şi ea tristă. Dacă ar fi putut vorbi, mi-ar fi spus probabil: „Voi creşte eu mai marc şi voi învăţa cum să înfloresc în toate culorile mele?“

Am arătat spre arbustul meu preferat de trandafiri care o ducea atât de bine, dăruindu-mi frumoşii lui trandafiri roşii şi cel mai minunat parfum pe care l-am mirosit vreodată şi am spus: „E greu de crezut că a trebuit să transplantez de câteva ori acest arbust până am găsit cel mai bun pământ şi cantitatea exactă de lumină şi umbră şi apă şi hrană pentru plante. Dar, de vreme ce puteam primi ajutor de la experţi în grădinărit, ştiam că e doar o chestiune de timp. Aşa că hai să te scoatem din acel vas şi să te ducem într-un alt loc. Şi rădăcinile tale se vor prinde atunci când vei fi în cel mai bun pământ posibil şi în cele mai bune condiţii pentru tine. E bine de ştiut că o parte din tine cunoaşte ce e mai bun pentru tine şi ce nu - chiar dacă la început, ai crezut că vei rămâne în acel vas mult şi bine.

Vanessa a fost la terapie timp de două luni când s-a mutat în noul ei orfelinat. Şi de vreme ce era o grădină în noua casă, i-am dat tăieturi din cele mai dificile plante pe care le aveam în grădină: *Charlie cel târâtor* şi *Jidovul rătăcitor.* Experienţa mea cu aceste două plante spunea că erau aproape imposibil de distrus, supravieţuind în orice condiţii. Vanessa a primit plantele cu bucurie şi şi-a asumat totala responsabilitate de a le dărui toată atenţia necesară. Ştia că transplantarea este un eveniment important în viaţa fiecărei plante şi că fiecare plantă are nevoie de atenţie deosebită în fiecare zi.

Deşi Vanessa fusese dezrădăcinată din câteva plasamente în trecut, de această dată „a prins rădăcină". Grija şi afecţiunea noilor părinţi adoptivi a condus la înflorirea ei. Asistentul social a continuat să facă vizite la domiciliu şi să petreacă timp cu Vanessa în grădină, în timp ce ea a continuat să poarte de grijă plantelor ce i-au fost încredinţate.

în această metaforă, terapeutul a folosit experienţa personală a vieţii cotidiene, ca structură de fond pentru metaforă *şi* ca mijloc principal pentru a se potrivi cu problema Vanessei. Prin personalizarea încurcăturii cu plantele abandonate şi replantate şi prin intermediul dialogului cu acestea, Vanessa a putut să se identifice în mod semnificativ şi în siguranţă, fără sentimente copleşitoare. Asta a lăsat-o liberă să participe şi ea la finalul fericit al povestirii şi să încerce să îl fixeze în viaţa ei, prin plantarea ramurilor primite.

Scânteie Albastră

Mills a lucrat săptămânal cu un grup restrâns de copii, alcătuit din trei băieţi şi o fată, cu vârste între opt şi nouă ani. Toţi copiii au fost trimişi pentru un număr de probleme de comportament, concentrate în jurul deficienţelor de atenţie şi comportamentului hiper- activ. într-adevăr, s-au foit şi s-au agitat continuu! La prima întâlnire de grup, s-a descoperit că tuturor le plăcea să urmărească desene animate (nici o problemă aici!) şi că toţi fuseseră la spectacolele acvatice de la „Sea World". Vociferau foarte vioi, exprimându-şi emoţia urmăririi diverselor specii de peşti sărind din apă. Şi de vreme ce săritul era ceva la care şi ei se pricepeau binişor la acea vreme, aveam indicii de unde să încep. Le-am spus să închidă ochii şi să se prefacă că urmăresc un desen animat intitulat „Aventurile Scânteii Albastre".

Aceasta era povestea unui peştişor minunat care dădea din coadă atât de repede, încât nimeni nu putea să-l prindă. Este un mare talent pentru un peşte, atunci când trebuie să se întreacă sau să se apere, dar Scânteie Albastră nu stătea mai deloc liniştit şi niciodată nu se oprea suficient de mult, încât să se bucure de bogăţiile oceanului. Asta îl întrista când îi auzea povestind pe ceilalţi peşti poveşti uimitoare despre cum ei începeau ca să vadă toate lucmrile fascinante din ocean. Dar, oricât de mult încerca el, tot înota prea repede.

Intr-o zi, s-a trezit gândindu-se la vremea când curentul apei era liniştit şi încet. Chiar putea să-şi amintească sentimentul de a pluti în curentul calm. Şi în timp ce avea aceste gânduri relaxante, a observat că aripioara lui a încetinit şi ea! Era încântat de descoperirea lui şi dornic să vadă dacă o să-i meargă iar. Şi a mers. Apoi a înotat pe lângă o şcoală, unde peştii erau adunaţi în jurul unei lăzi sclipitoare a unei comori. Din nou, Scânteie Albastră şi-a amintit de încetineala curentului apei, aşa că a încetinit şi el şi a început să înveţe atât de multe lucruri! Şi toţi ceilalţi peşti erau surprinşi şi fericiţi să-l aibă pe Scânteie Albastră înotând, jucându-se şi învăţând împreună cu ei.

Poveşti ca „Scânteie Albastră“ şi alte aventuri fantastice au fost povestite copiilor, ca parte integrantă a fiecărei şedinţe. întâlnirile săptămânale au continuat timp de opt luni. în general, copiii au arătat semne de îmbunătăţire a conduitei: erau capabili să se concentreze mai mult timp la şcoală şi puteau să interacţioneze mai bine cu părinţii.

O operă de artă

Carey era o fată de unsprezece ani, „prinsă“ în mijlocul luptei pentru custodie dintre părinţii ei care divorţau. Deoarece nu era posibilă o schimbare sau ameliorare a cursului luptei pentru custodie, terapia s-a concentrat pe ajutarea fetei să câştige un puternic simţ al frumuseţii şi valorii ei, în ciuda evenimentelor haotice care aveau loc în viaţa ei.

în timpul unei şedinţe, lui Carey i s-a spus o poveste despre o minunată operă de artă - într-adevăr, o capodoperă - care a fost scoasă la licitaţie. Foarte mult timp a fost petrecut cu descrierea în detaliu a frumuseţii şi unicităţii capodoperei. Acţiunea de licitare a fost apoi introdusă, pentru a se potrivi metaforic cu lupta pentru cus-

Iod ic şi drept la vizită, pe care o experimenta copila. Pentru a marca realitatea iubirii părinţilor ei, chiar dacă se tocmeau pentru ea, lui Carey i s-a spus: „Chiar dacă fiecare persoană a căutat să liciteze mai mult ca să obţină opera de artă, fiecare iubea capodopera şi simţea că este dreptul ei să o aibă în casă."

Metafora a vrut să sublinieze că opera de artă rămâne o capodoperă, indiferent cine o deţine.

De vreme ce capodoperele au o frumuseţe specială, doar a lor, ele

5/

vor fi apreciate şi iubite de mulţi, ani întregi de acum înainte.

<3e recomandă studiul capitolului VI, .VMetafora lerapeuiică din lucrarea „Clemente de

S/<

psihoterapie inlegrativa (ᶜDafinoiu, 2000, pp. ***141-112).***

C5*e discută funcţiile metaforei terapeutice pentru una-doua dintre poveştile elaborate în clasă, la activitatea desfăşurată în echipe de câte doi.*

cTema5

Tehnici pentru relaxare[5]

Toate metodele de relaxare utilizate în practica psihoterapeu- tică au un caracter educativ sau reeducativ, impunând învăţare şi antrenare sistematică; presupun utilizarea unor tehnici standardizate, codificate, bine puse la punct şi exercită un efect salutar, benefic, asupra întregului organism. Tonusul de repaus indus prin decontrac- tarea neuro-musculară generală corespunde unei stări de linişte, de echilibru interior şi de odihnă. Dezirabilitatea punerii organismului în repaus este cu atât mai certă în diverse tratamente psihologice, cu cât stările tensionate, respectiv crisparea sau încordarea psihică, generează alte tensiuni, alte încordări la nivelul muşchilor. La relaxare, se poate ajunge nu numai în mod spontan, neintenţionat, cum se întâmplă, de exemplu, în somn, ci şi în mod voluntar, intenţionat, cu ajutorul sugestiilor.

Sminţiţi-oă situaţii în care nă relaxaţi, de obicei, cu uşurinţă. Care sunt senzaţiile după care od daţi seama că sunteţi relaxat?

<5e discută despre diversitatea împrejurărilor în care obişnuim sa ne relaxăm, despre multitudinea senzaţiilor specifice relaxării şi se remarcă

[5] Cea mai mare parte a acestui capitol are la bază lucrarea lui Arcadie Percek, *Relaxarea. Gimnastica omului modern,* publicată la Editura Ceres în 1981.

faptul că senzafii de greutate sau plutire şi, respectiv, senzafia de căldură, sunt cel matfrecvent prezente în starea de relaxare musculară profundă.

Cele mai cunoscute beneficii ale relaxării practicate regulat sunt un grad mai redus de oboseală, o mai bună dispoziţie pentru muncă, o diluare a stărilor tensionale, ca şi o mai bună stăpânire de sine. Relaxarea îi ajută, deopotrivă, pe oamenii sănătoşi şi pe cei bolnavi. Cei din prima categorie care au apelat la serviciile relaxării au urmărit obţinerea unor performanţe. Relaxarea este utilizată foarte mult în perimetml sportului, şi chiar a intrat definitiv în metodologia complexă de pregătire a sportivilor de performanţă.

Paleta metodelor de relaxare este foarte variată, dar s-au realizat diverse sistematizări şi categorisiri de către unii autori. De exemplu, G. Dobbelaere, plecând de la criterii psihologice şi fiziologice, le împarte în trei mari categorii:

7. *metode cu dominantă psihologică,* cum sunt metoda Kretschmer, a lui Stokvis, a lui J.H. Schultz şi a lui Ajuriaguerra;

2. metode psiho-fiziologice, cum sunt acelea ale lui E. Jacobson şi Jarreau-Klotz şi, în sfârşit,

3. metode cu dominantă fiziologică, cum sunt acelea ale lui Gerda Alexander şi Aijinger.

întrucât delimitarea între somatic şi psihic nu este precis definită, această clasificare este destul de arbitrară. Utilizând alte criterii, autorul R. Durand de Bousingen împarte metodele de relaxare în alte trei mari categorii:

1. *metode cu caracter analitic,* prototipul acestora fiind reprezentat de tehnica de relaxare progresivă a lui E. Jacobson, tehnică ce se caracterizează, în principal, prin conştientizarea contracţiei şi a de-contracţiei, respectiv prin trecerea acestor fenomene în sfera con-ştientului şi prin exerciţii educaţionale progresive pe tema contracţiei şi a decontracţiei. Tot aici s-ar înscrie şi metodele lui M. Jarreau şi R.V. Klotz şi cea a lui Aijinger.

2. *metode cu caracter global,* având ca prototip tehnica de relaxare autogenă a lui J. H. Schultz, în care punctul de plecare este mintal şi în care, pe calea inducerii în organism a unei stări asemănătoare transei hipnotice, se obţin efectele scontate;

3. metode cu caracter ritmic, denumite şi metode reeducative sau de dominanţă psihologică, având ca prototip tehnica lui Gerda Alexander şi care, pe calea unei reeducări ritmice musculare, antrenează încetarea tulburărilor psihosomatice.

Relaxarea progresivă Jacobson se bazează pe conştientizarea contracţiei musculare ca act fiziologic, cu scopul de a căuta, prin contrast, tonusul normal. Relaxarea neuro-musculară este urmată de inducerea calmului psihic, aşadar, de relaxarea psihică, tonusul muscular, ca şi cel emoţional, fiind strâns legate. în concepţia lui Jacobson, relaxarea constă din exerciţii care fac să se realizeze calmul în sfera psihică, prin obţinerea prealabilă a calmului în sfera somatică, corporală, pe calea decontracţiei musculare. Exerciţiile relaxării progresive Jacobson urmăresc diminuarea funcţionalităţii encefalo-neu- ro-musculare la diverse teritorii din economia organismului sau chiar la organismul luat în ansamblul său. Cercetările asupra tresăririlor involuntare realizate de Jacobson i-au arătat acestuia că omul nu tresare involuntar, decât în urma unei emoţii oarecare şi dacă sistemul muscular al organismului se află sub o oarecare tensiune. Atunci când sistemul muscular este destins, o emoţie nu are nici o şansă de a se concretiza într-o tresărire involuntară. Tehnica de relaxare Jacobson pleacă de la cercetări fiziologice certe, obiectivate în minuţioase cercetări electrofiziologice asupra studenţilor săi. Cu ajutorul electromiografiei (metodă care constă în înregistrarea curentului electric pe care îl generează actul contracţiei musculare), s-a observat că fibrele musculare destinse perfect se traduc printr-o electromio- gramă negativă, adică o lipsă a impulsurilor nervoase şi, implicit, a curentului electric. Asemenea fibre nu vor genera o tresărire involuntară la impactul unei emoţii oarecare. Descriem, în continuare, desfăşurarea tehnicii de relaxare a lui Jacobson.

Etapa 1. Persoana este invitată să-şi contracte energic braţul, gâtul, abdomenul sau oricare alt segment neuro-muscular, spre a lua cunoştinţă cu senzaţia contracţiei. Acest lucru se obţine, transpunând în practică propriile ordine care sună astfel: „Flectează antebraţul pe braţ! Simte senzaţia de contracţie!“ în aceeaşi etapă, ne ordonăm apoi acţiunea inversă: „Lasă braţul moale!“, cu intenţia de a cunoaşte senzaţia inversă. Acţiunea începută cu un grup restrâns de muşchi se extinde apoi la grupe mai mari, în aşa fel încât, prin exerciţii progresive, să reuşim a percepe

nu numai dispariţia celor mai fine senzaţii de tensiune musculară, ci să şi extindem această percepţie la ansamblul organismului. în această etapă, subiectul se convinge că a se relaxa înseamnă a nu acţiona, că relaxarea nu implică nici un efort.

Etapa 2. Această etapă se numeşte „a relaxării diferenţiate". Persoana îşi controlează muşchii în funcţie de diferitele circumstanţe pe care ni le oferă viaţa cotidiană.

Etapa 3. Se ajunge la stadiul în care persoana poate să perceapă acele tensiuni musculare pe care le generează diferitele emoţii, diferite modificări afective. Astfel, persoana se află în gardă, reducând, în consecinţă, tensiunea musculară survenită, făcând să dispară starea psihică negativă incriminată. în felul acesta, efectele tracului, angoasei şi ale altor trăiri afective induse de viaţa cotidiană, la nivelul organismului, pot fi anihilate. Aceste trăiri se exteriorizează, mai ales, prin tensiune, la nivelul muşchilor feţei, pleoapelor, larin- gelui, şi atunci avem un motiv justificat, pentru care va trebui să acţionăm în vederea realizării detentei musculare, a decontracţiei musculare, în special, în aceste teritorii. Se poate spune că relaxarea este situaţia consecutivă unei decontractări musculare ce generează, în consecinţă, o diminuare a activităţii psihice. Jacobson considera că persoana antrenată cu o astfel de tehnică de relaxare nu va mai fi surprinsă de o stare susceptibilă de a provoca tensiune musculară, deoarece ştie că aceasta poate fi rezolvată prin antrenament. Astfel, ea, prevăzând contractară pe care ar produce-o un anumit eveniment, se pune în stare de nereceptivitate exterioară, fapt ce se identifică cu transpunerea în practică a relaxării.

Tehnica lui Jacobson necesită în jur de trei antrenamente pe săptămână, vreme de luni de zile, până la un an chiar, şi prezenţa unui antrenor terapeut sau a unui monitor care trebuie să dirijeze eforturile pacienţilor.

Weber, alături de o echipă de cercetători berlinezi (2002), publică, în *Journal of Psychosomatic Research* un studiu, indicând impactul salutar al exerciţiilor de relaxare musculară progresivă în afecţiunea numită tinitus[6]. S-a lucrat cu un grup de pacienţi cu tinitus care au beneficiat de 10 săp-
tămâni de relaxare musculară progresivă pentru tratarea afecţiunii, un grup cu tinitus la care nu s-a intervenit în nici un fel şi un grup de

[6] Senzaţie auditivă patologică, caracterizată prin zgomote, vâjâituri în urechi, fără un stimul extern; acufenă.

participanţi tară tinitus. S-au efectuat evaluări psihometrice şi imunologice care au arătat îmbunătăţiri semnificative la cei la care s-a intervenit cu relaxarea musculară sistematică. Mai precis, depresia, anxietatea, furia, stresul perceput, simptomele tinitusului şi anumiţi mediatori biochimici indicând creşterea stresului care afectează imunitatea, evaluaţi prin analize de laborator, au scăzut semnificativ la participanţii din lotul experimental. Acest efect este salutar şi recomandă relaxarea în tinitus, cu atât mai mult cu cât tinitusul s-a dovedit a fi asociat cu anxietatea şi depresia în repetate rânduri.

Tehnica de relaxare a lui Aijinger presupune un control minuţios al respiraţiei. Respiraţia trebuie să fie conştientizată, lentă şi profundă. Pe calea respiraţiei, se induce o acţiune sedativă, regularizantă şi liniştitoare şi asupra nucleilor subcorticali, responsabili în economia organismului de funcţiile respiratorii ale acestuia. Aceşti nuclei sunt în strânsă legătură cu centrii care controlează sistemele cardiovascular, genito-urinar, digestiv şi altele. Mezencefalul reprezintă cea de-a treia regiune anatomică a creierului. Aceste regiuni sunt: cortexul cerebral sau substanţa cenuşie, diencefalul, mezencefalul, puntea sau regiunea pontică, bulbul şi măduva spinării, cea din urmă fiind, evident, în afara craniului.

Aijinger a observat că simptomele pe care le acuză cei cu obsesii seamănă cu cele descrise de bolnavii de encefalită (inflamaţia ţesutului nervos central, produsă de cauze diverse). El crede că şi simptomele din nevroza obsesională sunt rezultatul iritării aceloraşi centri. La fel şi în cazul simptomelor psihologice mai obişnuite, mai frecvente, precum insomnia şi iritabilitatea generală. Observând că funcţiile respiratorii sunt afectate permanent la cei suferinzi de insomnie, stări tensionale, iritabilitate generală, anxietate şi nevroze de tot felul, autorul acestei tehnici s-a gândit să corecteze aceste tulburări tot pe calea respiraţiei. Respiraţia este un act vital, cu atât mai important, cu cât este singura funcţie vegetativă care poate fi conştientizată şi care se află sub controlul voinţei.

Respiraţia va fi încetinită şi făcută cât mai profund. Se va urmări fiecare respiraţie în parte, fie că este vorba de un inspir sau de un expir. Persoana va număra în gând, marcând cifric inspirili şi expirul. Trebuie sesizată cât mai atent deplasarea coloanei de aer pe trahee şi bronhii, mergând spre pulmoni şi, pe urmă, ieşind afară. în expir profund, vom induce pc calea auto-concentrării, o stare de decontracţie a muşchilor

cutiei toracice şi a umerilor. Aijinger recomanda 2-3 şedinţe pe zi, dintre care una să coincidă cu siesta, respectiv cu acel mic repaus care urmează, de obicei, prânzului. Timp de jumătate de oră sau o oră, subiectul îşi va supraveghea respiraţia, concetrându-se asupra ei. în felul acesta, se poate produce o detaşare de ideile ob- sesionale, fixe, susträgându-se diverşilor agenţi stresanţi. Tehnica lui Aijinger permite o reeducare a respiraţiei active, o reechilibrare a tonusului neuro-vegetativ, în general.

O echipă de cercetători germani (Loew şi colab.) publică, în 2001, în revista *Psychotherapy and Psychosomatics*, un studiu în care verifică efectul relaxării care corectează respiraţia defectuoasă, asupra îmbunătăţirii condiţiei medicale la pacienţi cu astm bronşic. Fiecare participant dintre cei 21 implicaţi în cercetare trece, în ordine aleatorie, prin trei tipuri diferite de intervenţie: (1) exerciţiu de relaxare, practicat cu efectuarea concomitentă a măsurătorii numită body-pletismografie; (2) inhalarea medicamentului numit terbutaline, un simpatomimetic care are efect bronhodilatator şi este utilizat, în mod obişnuit, în tratamentul astmului bronşic şi (3) o tehnică de „relaxare placebo" (autorii au numit astfel mişcarea izotonică a unei singure mâini, tară a implica alte părţi ale corpului, precum pieptul, umerii, gâtul, capul sau alte regiuni relevante pentru afecţiunea studiată).

S-a obţinut un rezultat favorabil, în sensul descreşterii rezistenţei căilor respiratorii cu ajutorul tehnicii de relaxare, semnificativ mai mult decât cu relaxarea placebo, chiar dacă nu într-o măsură atât de pronunţată, precum în cazul administrării medicamentului. Rezultatele sprijină ideea că utilizarea relaxării, ca tratament suplimentar în astmul bronşic, aduce beneficii semnificative pacienţilor.

Tehnica de relaxare a lui Schultz - antrenamentul autogen. Este considerată cea mai importantă tehnică de relaxare, din ea decurgând, practic, majoritatea celorlalte tehnici. **J.H.** Schultz, născut în 1884, a practicat medicina generală, iar apoi a fost impresionat de succesul hipnozei efectuate în epoca sa de Charcot şi de Bernheim. A aprofundat cu pasiune psihiatria şi, în 1919, devine chiar profesor de neuropsihiatrie la Berlin. Metoda sa este, în esenţă, o metodă de autodecontractare concentrativă. Cu ajutorul ei, subiectul îşi generează o stare hipnoidă care va declanşa decontractarea muşchilor.

Senzaţiile de greutate şi respectiv de căldură materializează eficienţa relaxării musculare obţinute prin concentrare. Această metodă se reduce

la autohipnoză provocată, asociată concentrării atenţiei care, în final, va duce la o detentă, la o deconexiune generală a organismului. Decontractarea musculară se manifestă printr-o senzaţie de greutate sugerată prin autocomenzi de tipul „braţul meu este greu“. Decontractarea obţinută iniţial la un singur braţ se generalizează apoi la celelalte extremităţi şi apoi la tot corpul. Tot cu ajutorul auto-comenzilor, se ajunge apoi şi la senzaţia de căldură. Repartiţia sângelui în corp se face prin jocul vasodilataţiei şi al vasoconstricţiei. Această reglare este asigurată prin sistemul nervos care reacţionează fie după nevoile activităţii funcţionale, fie după diverşi stimuli exci- tatori sau inhibitori (mai ales, stimuli emoţionali). Sistemul vascular se prezintă ca un aparat de presiune şi de debit variabil. Fiecare reacţie locală funcţionează în conexiune cu ansamblul.

în concepţia lui Schultz, relaxarea este o metodă pentru amor-tizarea traumatismelor psihice prin mijloace proprii. Contează foarte mult gradul de antrenament consumat pentru însuşirea tehnicii de relaxare. Metoda este descrisă ca având două cicluri, unul inferior, cu şapte exerciţii pentru decontractarea unor sectoare bine definite din organism (sistemul muscular, sistemul vascular periferic, inima, aparatul respirator, anumite organe abdominale şi capul) şi altul superior, vizând aspecte ce ţin de psihoterapia profundă.

Descriem, pe scurt, în continuare, cele şapte exerciţii proprii primului ciclu al antenamentului autogen Schultz:

Inducerea calmului. Se realizează prin formule concen-trative de genul „Sunt calm“, „Sunt perfect liniştit“, „Nimic nu mă tulbură“ etc.

Obţinerea senzaţiei de greutate corporală. Senzaţia se obţine prin antrenamente zilnice de 10 - 20 de minute, antrenamente care încep, de regulă, cu braţul drept („îmi simt braţul drept greu, tot mai greu, greu ca de plumb“ sau „Braţul meu drept este greu“). Se trece apoi, în aceeaşi manieră, la braţul stâng şi apoi la extremităţile inferioare. Decontractarea începe prin părţile cele mai îndepărtate ale

organismului, cum ar fi degetele, trecându-se, din aproape în aproape, la fiecare mușchi sau grup muscular, până la umăr sau rădăcina coapsei.

^ *Obfinerea senzaţiei de căldură.* Se spun clar formule concentrative şi inductive de tipul „Braţul meu drept este cald, deosebit de cald!“, „Simt cum braţul meu drept se încălzeşte treptat“. Simţim cum o undă de căldură învăluie zona respectivă, semn că stratul fin muscular din structura vaselor de sânge care irigă teritoriul invocat s-a decontractat, permiţând un aflux sangvin crescut în teritoriul aferent acestui conduct, permiţând astfel creşterea temperaturii locale. Senzaţia de căldură se extinde, treptat, la întreg corpul.

Obţinerea senzaţiilor de rărire a bătăilor inimii. Această senzaţie se obţine prin antrenament progresiv, pronunţând formule precum: „Inima mea bate calm, liniştit“, „Pulsul meu se linişteşte“, „Pulsul meu devine rar, profund“ etc.

Obţinerea senzaţiei de calm respirator. Sugestiile autogenerate sunt de tipul: „Respir calm, liniştit“, „Respiraţia mea ¹¹ paşr devine tot mai paşnică, mai egală“.

T *Obţinerea senzaţiei de calm digestiv.* Calmul digestiv se instalează, de regulă, după inducerea senzaţiilor din exerciţiile anterioare. Formulele tipice sunt „Plexul meu solar este cald“ sau „Plexul meu solar funcţionează regulat, calm, liniştit“. Sunt cunoscute influenţele acestui plex nervos central, situat imediat sub furca pieptului asupra tuturor viscerelor din cavitatea abdominală către care el trimite ramificaţii.

Obţinerea senzaţiei de prospeţime şi răcoare la nivelul frunţii. Această senzaţie se concretizează prin vasoconstricţia arteriolelor şi a venulelor din pielea frunţii.

fia
■

c5e realizează aplicaşi practice, utilizând ghidul şi formulele verbale pentru sugestii inducăloare de relaxare musculară progresivă şi, respectiv, antrenament autogen cdchullz, din lucrarea apărută în 2005, la Editura cPolirom, .fPsihoierapii scurte. (5trategii, metode, tehnici', a autorilor

fi/

c}on cDafinoiu şi ffeno-ddaszlo cVargba. pp. 39 - 47.

(5e discută modelul prin care se prezintă relaxarea pacientului, aşa cum a fost el elaborai de 'fdumbies (1974, apud Dafinoiu şi 'Uargha, 2005, pp. 44 - 45). c5e solicită siudenlilor să propună şi alte variante de prezentare care să faciliteze ulterior complianfa pacientului la comportamentul de relaxare sugerat.

Capitolul 6

Hipnoza în psihoterapie, un facilitator al schimbării dorite

Practica hipnozei își are rădăcinile în tehnicile îndepărtate ale tratamentului magico-religios. Odată cu medicul vienez Franz Mes- mer (1734 - 1815), aceste practici au pătruns în scena medicală în secolul al XVII-lea. De la Mesmer, a rămas termenul de „magnetism", termen împrumutat din fizică. Ceea ce atunci exercita o funcţie terapeutică, nu era influenţa terapeutului, ci, mai curând, criza provocată de înscenarea bine lucrată, de prezenţa unui important grup de fideli, de doctrina csoterică etc. (Mony Elkaim, 2007, pp. 304 - 305).

Termenul de *hipnoză* este introdus de englezul James Braid (1795 - 1860), de la grecescul *hipnos,* care înseamnă „somn", el considerând hipnoza ca pe un „somn nervos". O atenţie deosebită este acordată hipnozei de către cele două şcoli ale psihiatriei franceze, şcoala de la Salpetriere, reprezentată de Jean-Martin Charcot (1835 - 1893) şi şcoala de la Nancy, al cărui reprezentant de seamă a fost Hyppolyte Bernheim (1840- 1919).

Dacă Charcot consideră hipnoza ca pe un fenomen patologic, specific isteriilor, dimpotrivă, Bernheim era de părere că hipnoza este un fenomen normal, rezultat al sugestiei. Acesta din urmă a fost în mare măsură influenţat de rezultatele deosebite ale unui medic de ţară - Liebeault (1823 - 1904), care utiliza şi el cu succes hipnoza. Utilizarea în scopuri terapeutice a hipnozei a fost susţinută şi de succesele cunoscuţilor psihiatri Breuer şi Freud. Ulterior, Freud abandonează hipnoza în favoarea propriei sale teorii şi metode - psihanaliza - ceea ce a făcut ca, pentru moment, interesul pentru hipnoză să înregistreze un regres. în 1889, a avut loc primul Congres Internaţional de Hipnoză Terapeutică şi Experimentală şi, cam în aceeaşi perioadă, marii teoreticieni în domeniul psihologiei încep să se intereseze de fenomenul hipnotic.

Milton Erickson a fost surprinzător de puţin interesat de teorie. Elkaim arată că sensibilitatea lui Erickson faţă de variaţiile individuale, gustul său pentru schimbarea spontană au avut ca preţ o retragere cvasitotală din universul teoretic. Faptul că nu a aparţinut nici unui grup şi nici unei mişcări, precum şi maniera în care a practicat, trezesc neînţelegere şi chiar critici. Deşi a avut o postură magistrală, graţie talentului său unic, nu a întemeiat nici o şcoală.

(Se studiază capitolul V, „inducerea transei hipnotice (pp. 73 – (53), din lucrarea „hipnoza clinică. 'Tehnici de inducţie. (Strategii terapeutice a autorilor c)oan Tafinoiu şi^eno-JQaszlo cl)argba (2003).

(Se compară tehnicile tradilionale de induclie, cu tipurile de induclie ericksoniană.

(Se realizează aplicaşi practice de inducţia transei hipnotice, pornind de la modele din lucrarea recomandată.

Caracterul disociativ al transei hipnotice permite pacientului să participe şi să răspundă la sugestii, în timp ce se şi observă pe sine însuşi implicându-se în această experienţă. Este ca şi cum am putea spune că o parte din mintea pacientului este aici şi acum, preocupată de ccca ce se petrece în jurul ei, în timp ce o altă parte a minţii sale este în alt loc şi în alt timp, prcocupându-se de ceea ce este mai important pentru el. Mintea conştientă poate fi ocupată cu diverşi stimuli interni sau externi, în timp ce inconştientul devine liber să reacţioneze în orice fel doreşte. Astfel, cu cât transa este mai profundă, mai adâncă, cu atât mai mare este disponibilitatea pentru răspunsuri provenite din inconştient, ca urmare a disocierii, a eliberării inconştientului de blocajele din conştient.

Fenomenele specifice transei hipnotice pot fi aprofundate în capitolul VI al lucrării *Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii*

terapeutice (Dafinoiu şi Vargha, 2003). în continuare, aceste fenomene vor fi enumerate pe scurt:

Fenomene ideodinamice:

- *răspunsul ideomotor* - expresia fizică, observabilă, a unei experienţe mentale. Pendulul lui Chevreul este o demonstraţie convingătoare a acestei relaţii;
- *răspunsuri ideosenzoriale* - expresia trăirii automate a senzaţiilor asociate procesului de prelucrare a sugestiilor (căldură, răceală, greutate, furnicături). De exemplu, indicatorii somatici ai anxietăţii, cum este înroşirea feţei, pot fi consideraţi răspunsuri ideosenzoriale;
- *răspunsuri ideoafective* - sunt răspunsuri emoţionale automate, asociate diverselor experienţe trăite de fiecare persoană, care, ca urmare a sugestiilor, apar la suprafaţă, sunt retrăite.

Modificări mnezice:

amnezia;
disociaţiile mnezice;
hipermnezia.

Distorsiunea timpului (ex.: ca urmare a sugestiilor date unui pacient cu dureri somatice intense, se obţinea trăirea acestor episoade ca şi cum ar dura 10 - 20 de secunde).

Regresia şi progresia de vârstă

Halucinaţiile şi modificările senzoriale

5/

c

Catalepsia

c5e experimentează prin inducţia transei cu voluntaripentru exerciţii şi se discută apoi, în grupa

de studenţi, modificările specifice transei hipnotice.

Milton Erickson considera că funcţia cea mai importantă a inconştientului este aceea de a proteja persoana, prin alegerea celei mai bune soluţii pentru ea, chiar dacă valoarea acestei alegeri nu este întotdeauna evidentă sau comprehensibilă pentru cel în cauză.

în timp ce, în hipnoza tradiţională, inconştientul este programat ca o maşină, în cea nouă, el este solicitat ca o entitate superioară, depozitară a multor programe posibile (Gamier, cf. Dafinoiu, 2003).

Stimularea resurselor inconştiente: Sugestie şi hipnoză'

[...] Vom vorbi, pentru început, despre folosirea sugestiilor indirecte, în contextul obţinerii scopurilor generale, scopuri non-hipnotice în terapia de familie; ne vom croi dram în problema sugestiilor folosite în crearea transei şi pentru obiective specifice de învăţare în familie. Este vorba de aceleaşi forme ale limbajului, ceea ce variază fiind obiectivele particulare cărora li se adresează.

Sunt notate şase obiective tipice pe care le puteţi întâlni în orice şedinţă de terapie în familie. Apoi le vom reconstrui separat în fiecare categorie de sugestii, cu exemple din fiecare categorie, astfel încât să le puteţi compara.

Prin sugestii indirecte, membrii familiei înţeleg că ceea ce se spune are o semnificaţie personală pentru ei şi nu doar că e o simplă conformare la ceea ce sunt rugaţi să facă. Astfel, aceasta reduce rezistenţa şi îi implică în abordarea problemelor lor. însă, nu trebuie să folosiţi întotdeauna sugestiile indirecte. Puteţi vorbi prin sugestii indirecte despre un subiect în 20 de propoziţii, apoi spuneţi ce aveţi de spus în una. E mai bine decât să spuneţi ce aveţi de spus de 20 de ori, deoarece, după sugestiile indirecte, membrii familiei vor fi pregătiţi să audă o sugestie directă.

Noi credem că astăzi sunt folosite prea mult sugestiile directe, în special, în familii. Când Johnny se întoarce acasă de la şcoală şi mama îi spune: „Du-te şi tunde iarba din faţa casei. Sunt foarte supărată pe tine pentru că nu faci ce-ar trebui. Şi am observat că pajiştea nu a fost tunsă astăzi - du-te şi-o tunde!“ este o sugestie directă. Dar ce ar fi fost dacă mama ar fi spus: „Ştii că toată lumea a [7]

[7] Acest fragment are la bază capitolul 6 (pp. 246 - 266), *Stimulating Unconscious Resources: Suggestion and Hypnosis* din lucrarea *Enchantement and Intervention in Family Therapy. Training in Ericksonian Approaches.*, publicată în 1986 de autorii Stephen H. Lankton, Carol R. Lankton la editura Brunner / Mazel Levittown. Sunt fragmente traduse şi adaptate din discursul transcris al psihoterapeutnlui, în cadrul unui atelier de lucra.

auzit zicala că două capete sunt mai bune decât unul. Şi primul lucru pe care trebuie să-l facem când ne gândim cum să folosim timpul este să formulăm nişte idei. Acum, toate grupurile umane încheie contracte sociale unul cu celălalt pentru a funcţiona mai uşor în raport reciproc. Toată lumea a auzit de termenul *lege* sau *regulă* sau *contract.* Ei bine, nu ştiu dacă tu consideri ăsta un contract sau dacă e ceva ce tu hotărăşti să faci sau dacă ar fi corect să-l numim lege sau altfel. Dar cu cât oamenii lucrează mai mult în echipă, cu atât le este mai uşor să se comporte ca membri ai unei echipe. Mai devreme sau mai târziu te vei gândi să tunzi iarba. Şi înainte s-o faci, poate vrei să rosteşti o scuză. Mă îndoiesc că ai o explicaţie care să te satisfacă. Aşa că vreau să te duci afară şi să tunzi iarba pe care nu ai tuns-o în weekend."

Deci ajungeţi s-o spuneţi după 20 de propoziţii de sugestii indirecte. Copilul ar putea să ajungă acolo de la prima propoziţie, deoarece aţi încălzit mintea pentru asta. Vedeţi, Johnny ar fi putut să vină acasă de la şcoală, gândindu-se că profesoral dintr-a treia i-a dat 9 în loc de 10 la test şi că cineva i-a furat creionul preferat din penar. Aşa că el e „aici", iar tu eşti „acolo". Sugestiile indirecte sunt doar un mod de a schimba ideile.

Este imposibil să vorbim fără sugestii indirecte. Doar *credeţi* că vorbiţi fără ele. Să privim ce sunt aceste categorii particulare de sugestii, înainte să descoperim cum să le folosim în terapia de familie. Tot ce aveţi de făcut este să înţelegeţi cum funcţionează, cum pot fi formulate, şi apoi veţi putea să le practicaţi puţin câte puţin, pentru ca apoi să devină „ale voastre". [8]

începerea terapiei

8 Sugestii deschise

„Poţi învăţa în multe moduri."

Adunarea datelor „Există multe căi de a aduna fapte şi informaţii care să ne ajute să ne îndreptăm acţiunile în orice direcţie de căutare."

încheierea contractului „Căile formale de a cădea de acord cu privire la direcţia mersului acţiunii au fost baza grupurilor sociale şi au făcut posibilă o utilizare mai bună a timpului."

Aducerea partenerului

„Câteva metode creative de motivare a celorlalţi să participe la lucrurile care le influenţează viaţa rezultă întotdeauna din necesităţi şi dorinţe.“

învăţarea din experienţă

„Poţi să-ţi dezvolţi o linie de gândire pentru uzul tău.“

Folosirea celor învăţate pentru acasă

„Păstrează ce-ai învăţat şi memorează şi foloseşte-le în familia ta, în diverse locuri în casa ta.“

„Sugestii deschise“ înseamnă că aveţi de gând să spuneţi ceva care este abstract şi că nu puteţi obţine răspunsul dorit cu o sugestie cu final deschis. Dacă aveţi un răspuns destul de clar în minte, cu siguranţă nu va fi clar şi în mintea celui care vă ascultă. Aceasta este exact ce căutaţi aici. Vorbiţi, dar nu spuneţi încă nimic. Deci, dacă vreau ca soţul să vină la terapie, atunci trec la următorul nivel de abstractizare. Eu ştiu ce vreau să spun: „Adu-ţi soţul la terapie“ şi găsesc cuvinte care sunt abstracţiuni ale acesteia. Nu voi spune „soţ“, nu voi spune „terapie“. Voi găsi cuvinte care sunt abstracţiuni pentru acestea. Voi spune, de exemplu, „organism viu“ şi „context al rezolvării problemei“. Folosiţi mai multe cuvinte pentru a o spune şi faceţi exact opusul a ceea ce aţi încercat în toţi aceşti ani - să fiţi concişi în exprimare. Aşa că veţi spune ceva de genul: „în orice grup de organisme vii este important ca resursele întregului să fie aplicate în orice context de rezolvare de probleme.“ Şi asta sugerează: adu-ţi soţul la terapie. Dar e de dorit ca soţia să se gândească să-şi aducă soţul la terapie. La fel, ea ar putea veni cu un alt mod unic de a rezolva problema, mai bun decât cel gândit de mine. Toţi gândim şi folosim puţin *brainstorming*, ceea ce permite o arie mai largă de răspunsuri.

Dacă ceea ce vreau este să fac persoana să petreacă mai mult timp cu copiii ei, care ar putea fi o sugestie deschisă pentm acest scop?

„Copiii ar putea beneficia din a petrece mai mult timp cu adulţii“. - răspuns din public.

O încercare bună. Aţi abstractizat aproape totul. A devenit puţin concret, nu-i aşa? Dar e în regulă, deoarece n-aţi specificat care adulţi, aşa că este o sugestie deschisă. Eu, personal, aş fi facut-o ceva mai abstractă. Nu trebuie să spuneţi dacă să petreacă mai mult sau

mai puţin timp. Aţi fi putut spune: „când gradul de contact cu adulţii suportă modificare“. Aşa e şi mai abstract. Dar aţi făcut ceea ce trebuie şi nu există doar un mod de a o face. Asta este formula - găsiţi o cale de a sări un nivel de abstractizare. Şi apoi, modul meu ar fi puţin mai obtuz decât cel auzit aici.

2. Implicaţii

începerea terapiei „De vreme ce tu ai început, când ai ajuns la mine în birou...“

Adunarea datelor „Primul lucru pe care-l fac oamenii când îşi explică trecutul...“

încheierea contractului „De vreme ce vrei să-ţi foloseşti timpul aici pentru anumite câştiguri... te rog să mă anunţi când vrei să începi.“

Aducerea partenerului învăţarea din experienţă „In timp ce te gândeşti la a-ţi aduce partenerul la terapie, să vorbim despre ce poţi să faci.“ „Care lecţie crezi că o vei învăţa prima?“

Folosirea celor învăţate pentru acasă „Cu cât găseşti mai multe căi de-a folosi ce-ai învăţat acum, cu atât vei fi mai capabil să le foloseşti între voi.“

„Implicaţia“ este presupoziţie fără nimic altceva ataşat. Dacă adăugaţi prea multe la ea, va arăta ca alt tip de sugestie. Propoziţiile vor debuta cu cuvinte de presupunere, ca „după“, „de vreme ce“, „în timp ce“, „una dintre“ şi aşa mai departe: „De vreme ce-ţi vei petrece mai mult timp cu copiii tăi...“ sau „Când ai să găseşti o cale să-ţi aduci soţul la terapie, vreau să te gândeşti la asta.“ Nu e nevoie să mergeţi mai departe. Puteţi merge mai departe şi să adăugaţi la propoziţie ceva care ar fi mai terapeutic, dar deja aţi realizat implicarea... „A începe“ este un verb, dc asemenea, util: „De vreme ce începi să te gândeşti la cum anume să-ţi aduci soţul la terapie, vom avea nevoie de ceva timp să discutăm despre asta“ sau „După ce ai început să înţelegi că prezenţa soţului este necesară, să vorbim despre asta.“

Care era celălalt exemplu folosit? A sta mai mult timp cu copiii. Puteţi spune: „Unul din primele lucruri pe care ai început să le

faci pentru a-ţi petrece mai mult timp cu copiii a fost să vii cu ei la mine la terapie.“ Asta sugerează faptul că ceea ce ei deja au realizat este lucrul pe care speraţi să-l realizeze mai des, mai mult.

3.	*întrebări sau afirmaţii care întăresc conştientizarea*
începerea terapiei	
Adunarea datelor	„Mă întreb dacă te consideri gata să începi“.
	„Probabil nu ai putea să spui care parte a vieţii voastre este cea mai importantă faţetă a acestei probleme curente“.
încheierea contractului	„Mă întreb asupra cărei probleme vei decide, în final, să lucrezi în terapie“.
Aducerea partenerului	„Mă îndoiesc că tu ştii acum în ce mod să acţionezi cel mai bine ca să-ţi aduci partenerul cu tine săptămâna viitoare“.
învăţarea din experienţă	„Ce poate să înveţe o persoană dintr-o experienţă?“.
Folosirea celor învăţate pentru acasă	„Te-ai hotărât când să foloseşti ce-ai învăţat?“.

întrebările sau afirmaţiile care întăresc conştientizarea reprezintă o formă pe care o utilizaţi de obicei, dar nu vă gândiţi la ea la nivel psihologic, în special când este sub formă de întrebare. Spuneţi: „Poţi să-mi zici unde e locul tatălui tău în treaba asta?“. Şi credeţi că puneţi o întrebare la care veţi obţine un răspuns la nivelul conştientului. Dar, la nivel inconştient, ceea ce aţi făcut a fost să împingeţi asociaţiile mai departe, spre tată. Aici aţi focalizat conştientizarea. Puteţi să faceţi acelaşi lucru, fără să puneţi întrebări. Puteţi să o faceţi, folosind afirmaţii, şi e şi mai distractiv. O aserţiune este un mod care se impune mult mai puţin: „Nu ştiu dacă ai început să te gândeşti sau nu la locul tatălui tău în această ecuaţie. Probabil n-ai putea să spui cum te-a influenţat tatăl tău în a avea problema asta.“ Aşa că clienţii se vor gândi la asta, deşi nu le-aţi cerut să se gândească la asta. Pentru a obţine ceva de aici, ei vor trebui să se gân

dească la tatăl lor, corect? Mă îndoiesc că aţi putea să-mi spuneţi cu care dintre clienţi vă gândiţi să folosiţi tehnica asta. Aş fi foarte surprinsă dacă cineva din sală ar putea să-mi spună ce tehnică va studia când va ajunge acasă.

4. Truisme

începerea terapiei	„Scaunele au fost create cu intenţia de a fi confortabile şi ca să servească scopului.“
Adunarea datelor	„Toată lumea ştie că înţelegem lucrurile cel mai bine când le plasăm în contextul lor istoric“.
încheierea contractului	„Mai devreme sau mai târziu, te vei hotărî ce ai vrea să schimbi“.
Aducerea partenerului	„Toată lumea ştie că două capete sunt mai bune decât unul“.
învăţarea din experienţă	„Experienţa e un mare dascăl“.
Folosirea celor învăţate pentru acasă	„Toată lumea ştie despre importanţa temelor pentru acasă“.

întorcându-ne la formele de sugestii indirecte, „truismul“ este ceva adevărat, de obicei, cultural adevărat sau adevărat de-a lungul culturilor, transcultural. Sau ceva care devine adevărat în timp. Deci aţi putea spune: „Orice copil a avut experienţa naşterii“. Ştim că aceasta e adevărat, şi este adevărat de-a lungul culturilor. Sau aţi putea spune: „Toată lumea învaţă să folosească banii pentru a-şi cumpăra lucrurile de care are nevoie.“ Iar asta e adevărat în cultura noastră. Sau aţi putea spune: „Mai devreme sau mai târziu veţi dori să vă petreceţi timpul cu copilul dumneavoastră.“ Şi, mai devreme sau mai târziu, îşi vor dori. Poate să fie peste o sută de ani, dar tot rămâne adevărat. Deci sunteţi acoperiţi. „Fiecare are propriul mod de a intra în transă“ - este un truism. „Fiecare are reguli în familia lui“ - este un adevăr. Acum observaţi ce se întâmplă dacă spun: „Fiecare are reguli în comportamentul în familie.“ Este un truism, corect? Dar nu este şi o sugestie deschisă? Ea priveşte, de exemplu, faptul de a avea

o oră de culcare. Este o sugestie deschisă cu privire la asta. Şi nu concentrează conştientizarea regulilor în familie?

Devine, aşadar, o chestiune stufoasă dacă hotărâţi că una din ele este o categorie sau alta. Cele care vă vor încurca mai mult sunt diferenţele dintre truisme şi sugestiile deschise. Pentru că orice este *cu adevărat abstract* este şi *adevărat.* Aşadar, diferenţa aici este dacă aveţi un obiectiv specific în minte: „Toţi avem o oră la care luăm masa.“ E destul de specific; vorbim aparent despre faptul de a lua masa. Dacă este ceva vag şi general: „Toate organismele vii au nevoie să consume cantităţi de energie, în mod normal“, atunci *nu* e specific. Aşa că puteţi să o numiţi sugestie deschisă, dacă nu e specifică.

5. *Sugestii care acoperă toate alternativele posibile*

începerea „Ai putea să te apuci direct de treabă sau să te *terapiei* încălzeşti treptat; poate te vei trezi deodată în mijlocul terapiei sau poate vei indica când să începi; posibil, începutul va fi cu totul altul“.

Adunarea datelor „Poţi să intri în istoria vieţii voastre încet, treptat, repede, cu sentiment sau detaşare sau deloc“.

Încheierea contractului „Poţi fie să prelucrezi ceva ce-ţi vine pe loc, fie să-l gândeşti cu grijă; ai putea să-l laşi să se schimbe în fiecare săptămână sau ai putea să identifici ceva ce este important şi să rămâi la el; sau poate ai un mod unic de abordare“.

Aducerea partenerului „Poţi să alegi când să-ţi aduci partenerul sau se poate hotărî dinainte; ar putea să-ţi vină în minte sau să se întâmple intuitiv; s-ar putea să nu ştii deloc cum să-l aduci cu tine“.

Învăţarea din experienţă „Ai putea să înveţi tot materialul sau doar ceva din el; şi ai putea să ştii ce-ai învăţat sau nu, sau s-ar putea să nu înveţi nimic“.

Folosirea celor învăţate pentru acasă „Ai putea să nu foloseşti asta sau ai putea să foloseşti ce-ai învăţat; ai putea să şi modifici ce-ai învăţat; să foloseşti tot sau doar o parte; sau ai putea să amesteci ce-ai învăţat cu ce improvizezi“.

„Toate alternativele posibile“ se explică de la sine. Această categorie implică identificarea şi oferirea a numeroase alternative de răspuns, incluzând alternativa de a nu răspunde. Opţiunea *„nu"* poate fi totuşi formulată pozitiv. De exemplu, dacă tot mai vorbim de a petrece timp plăcut cu copiii, am putea sugera ca părinţii să vrea să petreacă timpul obişnuit în mod plăcut, să aleagă un anume timp, să descopere perioade neaşteptate, să-şi facă timp pentru ocazii speciale sau să procedeze într-un mod unic pe care nu-l puteţi anticipa. Aşa că oferim opţiunea de a răspunde în moduri care nu au fost menţionate, iar asta poate să însemne să nu răspundă deloc, dar am stimulat, în câteva feluri, gândirea părinţilor cu privire la petrecerea timpului.

Începerea terapiei
Adunarea datelor
încheierea contractului
Aducerea partenerului
Învăţarea din experienţă
Folosirea celor învăţate pentru acasă

6. Alăturarea opoziţiilor

„E-n regulă să-ţi iei timp ca să începi, ca să putem ajunge la rezolvare cu mai puţin efort“.

„Cu cât observi mai bine situaţia imediată, cu atât ai să te poţi concentra mai bine asupra părţilor importante ale trecutului“.

„Cu cât te gândeşti mai mult la a fi în aer, cu atât mai uşor o să ţi se pară să cobori pe pământ, în momentul în care ai să te decizi de unde să începi“.

„Cu cât te simţi mai singur în această problemă, cu atât mai mult ai să simţi nevoia să-ţi aduci partenerul“.

„Cu cât ai fost mai mult în întuneric, cu atât mai luminoasă va părea o învăţătură“.

„De vreme ce ai aşteptat atât de mult eliberarea de problemă, eşti îndreptăţit să foloseşti ce-ai învăţat pentru viitor“.

Ultima sugestie de pe lista noastră este „alăturarea opoziţiilor“, care este o categorie cu adevărat utilă pentru folosirea sau reîncadrarea lucrurilor aparent negative pe care clienţii le relatează sau spun. Cea mai simplă formulă de creare este „cu cât asta (ceva negativ), cu atât poţi asta

(ceva de dorit).“ Unui client care cere să ştie cum poate

să beneficieze o persoană din a face un lucru atât de ridicol ca sarcina pe care i-aţi încredinţat-o, de exemplu, i se poate spune: „cu cât te îndoieşti mai mult că ar putea ieşi vreun avantaj din a face asta, cu atât mai semnificativ şi mai personal va fi ceea ce ai învăţat, odată ce ai descoperit care este acel lucru.“

Începerea terapiei *Legături între alternative comparabile*

„Preferi să încep eu discuţia sau preferi s-o începi tu?“.

Adunarea datelor „Poţi să intri în trecutul tău imediat sau treptat“.

încheierea „Poţi să decizi ce să abordezi în terapie sau poţi *contractului* să vrei să explorezi mai multe aspecte“.

Aducerea partenerului învăţarea din experienţă „Nu ştiu dacă vrei să fie toată familia ta prezentă sau dacă vrei să fie aici doar partenerul“.

„Poţi să înveţi din experienţă sau de-abia s-o foloseşti“.

Folosirea celor învăţate pentru acasă „Poţi să alegi cum să foloseşti aceasta după terapie sau să descoperi cum să foloseşti aceasta acasă.“

Acum, să luăm în considerare categoria „legăturilor alternativelor comparabile“. Vrei să faci aceasta aşa sau altfel? „Aceasta“ din întrebare este singura parte a întrebării care nu este pusă sub semnul întrebării. Altfel spus, este presupus a face cumva „aceasta“, în timp ce i se cere conştientului să aleagă între două alternative comparabile, ambele fiind subordonate de „aceasta“. „Deci, tu preferi să petreci un timp special pe săptămână cu copiii, luni sau marţi?“ Sau „Mă întreb dacă ai prefera să mergi cu copiii la plajă sau la circul care vine în oraş?“. Desigur, dacă nici una dintre alternativele comparabile nu este relevantă pentru clienţi, ei ar putea ignora legătura aparentă şi ar putea să spună: „Nici una, mulţumesc“. Dar nu prea este cazul pentru legături prezentate în context terapeutic, unde obiectivele ţintă şi experienţa asociată au fost selectate pe baza observaţiei atente şi aprecierii indivizilor şi a sistemului pe care îl cuprind. Şi, dacă am recuperat în mod adecvat resursele necesare

pentru ca

membrii familiei să răspundă la sugestii relevante, orientate spre acţiune, ne putem aştepta ca ei să răspundă.

Începerea terapiei *Legături conştient - inconştient*

„Conştientul ar putea să nu observe când inconştientul începe să lucreze la găsirea unei soluţii“.

Adunarea datelor „Conştientul tău ar putea să creadă că tu ai nevoie să împărtăşeşti un anumit fragment al trecutului tău, în timp ce inconştientul tău doreşte să împărtăşească o altă porţiune a trecutului“.

încheierea contractului „Conştientul tău ar putea să nu observe cum inconştientul va izola ceva ce tu ai vrea să începi să schimbi“.

Aducerea partenerului „Conştientul tău ar putea să se îndoiască de modul în care inconştientul şi-ar imagina cum să-ţi aduci partenerul la terapie“.

învăţarea din experienţă „O învăţătură inconştientă din experienţă poate să se dezvolte la fel de bine în conştient“.

Folosirea celor învăţate pentru acasă „Conştientul tău ar putea să aibă deja ceva idei despre cum să foloseşti aceasta, în timp ce inconştientul reuşeşte să facă treaba corect“.

9. Legături conştient - inconştient dublu disociative

începerea terapiei „Conştientul tău s-ar putea să înceapă cu ajutorul inconştientului *sau* poate inconştientul ar putea să înceapă fără ajutorul tău conştient“.

Adunarea datelor „Ai prefera să laşi conştientul să conducă inconştientul în datele vieţii legate de problemă *sau* să laşi inconştientul să conducă conştientul în aflarea informaţiilor importante?“.

încheierea contractului „Conştientul tău nu ştia că inconştientul va alege lucrul relevant cu care să începi terapia, *dar* conştientul ar putea să se întrebe ce subiect va alege inconştientul tău“.

Aducerea partenerului	„Inconştientul ar putea să lase conştientul să ştie cum să-ţi aduci partenerul la terapie *sau* inconştientul ar putea nici să nu ştie ce va inventa conştientul“.
învăţarea din experienţă	„Conştientul tău ar putea să fie interesat de ceea ce înveţi din experienţă, iar inconştientul să aibă grijă chiar să înveţi *sau* poate inconştientul doar te lasă să-ţi dezvolţi interesul, în timp ce conştientul dezvoltă o învăţătură“.
Folosirea celor învăţate pentru acasă	„Mintea ta ar putea să lase conştientul să selecteze locul pentru utilizarea învăţăturii, în timp ce inconştientului îi este încredinţat să poarte această învăţătură *sau* mintea ta ar putea să permită conştientului să poarte o învăţătură şi să lase inconştientului să selecteze locul şi timpul pentru utilizarea ei“.

Acum, ca să sărim puţin în secţiunea legăturilor, „legăturile duble conştient / inconştient“ constituie o categorie interesantă şi foarte utilă. Aveţi, de asemenea, „legăturile dublu disociative conştient / inconştient“, dar acestea merg prea departe în analiză. Formula noastră pentru crearea legăturilor dublu disociative conştient / inconştient înseamnă introducerea termenilor „conştient“, „inconştient“ şi apoi, introducerea în ecuaţie a unui verb de conştientizare şi rezultatul pe care vreţi să-l obţineţi de la persoana în cauză. Aceasta e cea mai uşoară cale. Conştientul ar putea fi cu adevărat surprins să afle că inconştientul v-a permis să vă amintiţi şi să studiaţi aceste lucruri la noapte. Dacă aveţi două obiective, puteţi să-l puneţi pe-al doilea aici. Deci aş putea spune: „Conştientul tău ar putea încerca să petrecă cumva mai mult timp cu copilul, în timp ce inconştientul vine cu modalităţi în care tu-ţi poţi face copilul să se simtă bine, în timp ce sunteţi împreună.“ Şi ceea ce realizaţi cu adevărat este să sudaţi împreună aceste două rezultate.

Asta ne întoarce la definiţia schimbării, la care ne-am referit în trecere - reasocierile care au loc în experienţa de viaţă a clientului. Mai simplă este reasocierea experienţei. Şi mai simplă încă, este asocierea întregii experienţe. Aceasta e ceea ce faceţi aici. Recuperaţi

experienţa de a gândi Ia petrecerea timpului cu copilul şi recuperaţi experienţa de a-l face pe copil să se simtă bine în preajma voastră şi apoi legaţi experienţele. Asta se poate întâmpla şi folosind legăturile dublu disociative conştient / inconştient, extinzând uşor formula. De exemplu, am putea începe cu singura legătură conştient / inconştient folosită şi apoi cu adăugarea unui alt segment de propoziţie, în care inversăm rolurile „asumate“ anterior de conştientul şi inconştientul părinţilor. Aceasta ar suna cam aşa: „Conştientul tău ar putea să se gândească la modalităţi de a-ţi petrece mai mult timp cu copilul, în timp ce inconştientul creează modalităţi în care tu-ţi poţi face copilul să se simtă bine, în timp ce sunteţi împreună; sau poate tu ai prefera să identifici conştient căi de a creşte bucuria copilului şi să laşi inconştientul să găsească automat modalităţi de a petrece mai mult timp cu copilul.“ în timp ce părinţii încearcă să gândească aceasta pentru a face cea mai bună „alegere“ la nivel conştient sau social, inconştientul asociază, pur şi simplu, ideile de a se simţi bine şi de a petrece mai mult timp cu copiii.

10. Legături non-sequitur

începerea terapiei „Să începem acum sau să folosim timpul constructiv“.

Adunarea datelor „Fie vei fi capabil să povesteşti despre trecut, fie vei intra în porţiunile relevante ale vieţii tale“.

încheierea contractului „Vei scoate ce vei vrea din terapie, sau vei decide asupra a ce să lucrezi“.

Aducerea partenerului „Probabil vei vrea să aduci pe cineva apropiat la terapie sau vei vrea să-ţi aduci partenerul“.

învăţarea din experienţă „Poţi să înveţi din experienţa aceasta sau să te înţelegi pe tine altfel“.

Folosirea celor învăţate pentru acasă „Vei folosi acasă ce înveţi aici sau îţi vei schimba comportamentul disfuncţional?“.

„Non-sequitur“ înseamnă a juxtapune două lucruri care nu decurg logic unul din celălt. Noi folosim termenul de „legături non-

I

sequitur“ pentru a numi o formulare care exprimă clar obiectivul pe care-l aveţi în planul de tratament şi îl reformulează. S-o spun altfel. Declaraţi-vă obiectivul şi furnizaţi o opţiune care este, în esenţă, o reformulare a obiectivului declarat. Prin reformularea obiectivului, îl deghizaţi şi furnizaţi o opţiune aparentă. Formula noastră este aici „A şi A“ (sau A şi A’).

Dacă obiectivul este a intra în transă, puteţi spune: „Ai vrea să intri în transă sau să-ţi modifici conştientul ca să fie mai concentrat spre interior?“ Dacă obiectivul este a aduce soţul la terapie, legătura *non-sequitur* ar putea fi: „Ai vrea mai degrabă să-ţi aduci soţul la terapie săptămâna viitoare sau la următoarea şedinţă?“. Auziţi aceasta ca pe o distincţie, când, de fapt, nu este o distincţie adevărată. Şi aceasta este *non-sequitur,* deoarece nu este logic să oferi o „opţiune“ când, de fapt, variabilele care trebuie alese sunt aceleaşi. Nu e acelaşi lucru cu clasicul *non-sequitur,* cum ar fi: „Mergi pe jos la serviciu sau îţi duci cu tine masa de prânz?“ este un pseudo-non-sequitur, dar, în felul acesta, creează un efect de legătură, deoarece a alege oricare din cele două alternative aparent diferite duce la acelaşi rezultat. Aceasta este formula pe care noi o folosim, deşi mai sunt şi alte modalităţi de a utiliza legătura non-sequitur. Erickson dă un exemplu de un *non-sequitur* folosit cu fiul său, şi care sună cam aşa: „Ai vrea mai degrabă să faci o baie înainte de culcare sau să-ţi pui pijamalele în baie?“.

Acum avem întregul grup al acestora şi, aşa cum vedeţi din exemplele scrise, există o varietate de moduri, în care ele pot fi folosite, indiferent de faza sau tipul terapiei. Ele vă vor ajuta să depăşiţi rezistenţa faţă de ideile noi, indiferent dacă folosiţi hipnoza, metafora sau mult mai obişnuita terapie conversaţională.

fi/ *'Transformai! în sugestii directe cât mai multe dintre sugestiile date ca exemplu în situările de mai sus de către Jfankton şi Jfankton.*

fi/ *Tolosindu-oă de modele lui jQanklon şi Jfanklon, formulali sugesiii indirecte de diverse tipuri, pentru cazurile următoare:*

- *Tacienlă cu bulimie:*
- *'Pacient cu o tulburare obsesioo-compulsioă care se plânge de faptul că îşi spală excesio mâinile:*

ti' - *cPacieniă uşor depresivă, cu manifestări de neajulorare şi dependent excesiva.*

c5e aplică într-un exerciţiu de grup, (5cala de imaginaţie creatoare clDilson şi Parker fDafinoiu şfcdJargha, 2003, pp. 232 - 235j.

discută senzaţiile trăite şi importanţa cunoaşterii la fiecare pacient in parte, a senzaţiilor mai uşor de activat prin sugestii.

Psihoterapia comportamentală

Hans Eysenk este psihologul britanic care, în 1952, a formulat conceptul de *psihoterapie comportamentală,* referindu-se, mai ales, la modificarea comportamentelor maladaptive şi nu la *insight*-uri cu privire la conflicte inconştiente. După Eysenck, faptul de a şti motivul pentru care eşti deprimat nu poate să te facă mai puţin deprimat. Spre deosebire de psihanaliza tradiţională, terapeuţii comportamen- lalişti ignoră conflictele inconştiente şi pun accent pe comportamentul prezent. Ei presupun că terapia poate fi realizată în săptămâni sau luni, mai bine decât în ani. După terapeuţii comportamental işti, un comportament anormal este învăţat şi, de aceea, el poate fi dezvăţat. l i susţin că schimbarea comportamentelor maladaptive se realizează aplicând principiile condiţionării clasice, condiţionării operante şi ale teoriei învăţării sociale (Sdorow, 1993, pag. 598).

Un obicei este un răspuns constant la un stimul sau la o situaţie. în mod normal, obiceiul dispare, atunci când consecinţele sale devin maladaptive, adică atunci când nu reuşeşte fie să răspundă nevoilor organismului, fie să îl ajute în evitarea daunelor, suferinţelor, epuizării etc. Obiceiurile nevrotice, după Joseph Wolpe şi Ar- nold Lazarus, sunt remarcabile prin rezistenţa lor la stingere, chiar atunci când devin disfuncţionale. Terapia comportamentală este aplicarea unor principii ale învăţării, stabilite experimental, pentru a depăşi aceste obiceiuri persistente. Pentru a schimba un obicei, este necesar să modificăm răspunsul individual care îl constituie. Schimbarea depinde de generarea unui comportament care să modifice aces- ic răspunsuri individuale (Wolpe, J. şi Lazarus, A.A. 1966, pag. 1).

Scurtă ghidare a dialogului cu pacientul, în pregătirea pentru psihoterapia comportamentală
(după Wolpe şi Lazarus, 1966, pp. 16 - 20)

Comportamentul uman este subiect al determinărilor cauzale, tot aşa cum sunt şi mingea de biliard sau curenţii oceanici. Terapeutul comportamcntalist îi explică pacientului că reacţiile sale problematice nu au nimic de-a face cu moralitatea sau cu reaua credinţa şi că sunt reacţii emoţionale învăţate, care se produc automat.

Rolul central al fricii în nevroze trebuie discutat cu pacientul, încă din primele momente. Mulţi pacienţi realizează că frica le produce mult disconfort, dar nu toţi îşi dau seama că frica stă la baza reacţiilor lor disfuncţionale. în orice caz, aproape orice pacient recunoaşte lesne că aşa stau lucrurile, atunci când terapeutul subliniază caracteristicile distincte ale originilor fricii nevrotice. Wolpe şi Lazarus dau un exemplu de prezentare făcută pacientului în acest sens.

> *Ţi-ai dat seama că frica are o pondere excesivă în viaţa ta. Este necesar să ai o anumită înţelegere asupra acestui fenomen. Este o emoţie care se produce în mod normal în viaţa oricui, atunci când apare o situaţie ameninţătoare, cum ar fi să te afli singur într-un cartier periculos, să te afli în preajma unui şarpe veninos sau să afli că la firma unde lucrezi se vor face restrângeri de personal. Nimeni nu va veni pentru tratament psihologic, atunci când resimte o frică datorată unor astfel de situaţii. Este cu totul altceva însă, atunci când frica este determinată de experienţe care nu conţin ameninţări reale, cum ar fi vederea unei ambulanţe, intrarea într-o cameră aglomerată, deplasarea într-un vehicul, ca să luăm doar câteva exemple comune de situaţii, altele decât cele specifice ţie. A fi temător în astfel de împrejurări este, cu siguranţă, inadecvat şi provoacă dificultăţi în desfăşurarea zilnică a activităţilor, generând mult stres. Acestea sunt temerile pe care le numim nevrotice şi sarcina terapiei este tocmai să le separe de stimulii sau de situaţiile care le determină.*
>
> *Să analizăm acum felul în care apare frica nevrotică. Procesul este ceea ce simţul comun ar sugera că este. îl pot ilustra cu o istorie veche a copilului care s-a fript, atingând plita neagră, încinsă, cu mâna. Copilul şi-a retras rapid mâna care îl durea, cu lacrimi în ochi şi înspăimântat. Mama lui l-a liniştit, dar ulterior, a sesizat că băiatul nu se mai apropia de plită şi părea înspăimântat de ea. Este clar că băiatul a căpătat un obicei benefic de a se feri şi de a se teme de un obiect realmente*

periculos.

Dar, în unele cazuri, experienţa aceasta are şi consecinţe mai puţin favorabile. Să presupunem că în dormitorul mamei, este o comodă neagră cu sertare. Copilului i-ar putea fi teamă de această comodă, numai din cauza asemănării cu soba, cu plita încinsă. Acest fenomen este cunoscut în psihologie drept generalizare. Teama de o comodă cu sertare este nevrotică, întrucât nu este nici un pericol dacă este atinsă. Această teamă poate avea unele implicaţii nedorite. In primul rând, chiar prezenţa unei emoţii nedorite, precum teama este simţită, atunci când nu este cazul, apoi această teamă poate determina un efort de a ocoli obiectul temut, pentru a evita întâlnirea cu el şi, în al treilea rând, nu mai poate beneficia, de exemplu, de plăcerea de a lua ceva bun dintr-un astfel de dulap, cum ar fi o prăjitură. Avem, chiar la nivelul acestui exemplu, un model al tuturor reacţiilor nevrotice de teamă.

La fel şi temerile tale au fost dobândite în cursul unor experienţe neplăcute. Emoţiile trăite atunci au devenit conectate la sau condiţionate de anumite aspecte ale situaţiei, care s-au întipărit în memoria ta din acel moment. Asta înseamnă că experienţe ulterioare similare pot produce acele emoţii neplăcute. In prezent, prin aplicarea principiilor învăţării, putem elimina aceste reacţii, întrucât ele pot apărea şi datorită unor elemente evocatoare ale stimulului anxiogen, ca urmare a procesului de învăţare.

La animale, tratamentul nevrozelor este o chestiune foarte simplă, în special, atunci când nevroza a fost şi indusă tot de experimentator. Şi la oameni, poate fi la fel de uşor, însă poate fi şi ceva mai complicat, aşa cum şi organismul uman este mai complicat. In orice caz, fiind înzestraţi cu limbaj, noi, oamenii, putem descâlci probleme încurcate şi chiar complexitatea noastră oferă terapiei comportamentului uman, posibilitatea unui repertoriu larg de tehnici.

Şi alte tipuri de informaţii orientative sunt adesea necesare. Cu toate că, de regulă, pacienţii pot diferenţia cu uşurinţă reacţiile anxioase adaptative de cele nonadaptative, pot apărea şi multe excepţii şi neînţelegeri, iar în astfel de situaţii, terapeutul trebuie să facă toate

eforturile pentru a le lămuri şi corecta. Nu este cu putinţă să anulăm o condiţionare la anxietate, pentru o situaţie despre care pacientul crede, chiar dacă în mod eronat, că prezintă un pericol real. Desensibilizarea, oricât de multă ar fi, nu poate face ca un individ să poată manevra un şarpe despre care crede că este veninos. în general, neînţelegerile sunt specifice, în temeri de tip ipohondriac. De exemplu, în durerile atipice de piept, pentru a se putea trece cu succes la desensibilizare sistematică, este necesar şi ca pacientul să fie încredinţat că durerile nu semnifică vreo afecţiune a inimii, dar şi să afle care sunt sursele reale ale durerii sale.

în discuţia cu pacientul, înainte de debutul terapiei comportamentale, trebuie făcute câteva tipuri de afirmaţii cu efect corectiv.

1. Nu ai o tulburare / boală mentală şi nu există nici un risc să o dezvolţi. Adesea, caracterul bizar al simptomelor îi face pe mulţi pacienţi să simtă că înnebunesc, iar această impresie se accentuează şi mai mult, atunci când oamenii, mai ales, medicii, nu par a înţelege despre ce vorbesc ei atunci când încearcă să îşi descrie simptomele. Trebuie să le explicăm pacienţilor că o nevroză, oricât de rea ar fi, nu este totuşi o psihoză şi că psihozele au un tipar ereditar care nu se manifestă în nevroze. în cazul psihozelor, există dovezi legate de prezenţa anomalii biochimice, în timp ce nevroticii nu se deosebesc de cei sănătoşi, din acest punct de vedere. în timpul celui de-al doilea război mondial, odată cu creşterea numărului de nevroze, cel al psihozelor a rămas staţionar.

2. Toate reacţiile tale sunt explicabile. Pacienţii care sunt asaltaţi din când în când de stări de panică sau de depresie, fără antecedente clare, au tendinţa de a fi mereu în gardă, neştiind când anume starea respectivă va lovi din nou cu o forţă ascunsă. Examinând cu atenţie circumstanţele acestor reacţii severe, întotdeauna putem releva clementele constante. Cunoaşterea lor oferă mult confort pacienţilor, îndepărtând deja o bună parte din anxietate.

3. Nu este nicidecum o virtute confruntarea cu sursa de teamă. Mulţi pacienţi, împinşi, mai ales, de prieteni, dar uneori şi de terapeuţi, consideră că ar beneficia foarte mult, dacă s-ar confrunta direct cu situaţiile de care se tem. Este suficient să discutăm puţin despre experienţele lor, ca să îi ajutăm să recunoască faptul că ar fi zadarnic sau chiar că ar fi agravant. Ar fi ca o pocăinţă neurmată de vreo binecuvântare. Le putem apoi arăta pacienţilor modul în care expunerea gradată şi controlată la stimulii perturbatori poate avea valoare terapeutică.

Desensibilizarea sistematică

Terapiile bazate pe condiţionarea clasică accentuează importanţa stimulilor în controlul comportamentelor. Scopul acestor terapii este acela de a îndepărta acei stimuli care controlează comportamentele dezadaptative sau de a promova alte răspunsuri la acei stimuli.

Tehnica contracondiţionării înlocuieşte răspunsurile emoţionale neplăcute la anumiţi stimuli cu reacţii plăcute. Procedura are la bază asumpţia că noi nu putem experimenta stări neplăcute, precum anxietatea, simultan cu stări plăcute, cum este relaxarea. Contracondiţionarea terapeutică a fost introdusă de Mary Cover Jones, o studentă a lui John B. Watson. Watson l-a condiţionat pe micuţul Albert să se teamă de un şobolan alb, prin asocierea repetată a acestui şobolan cu un sunet foarte puternic. Deşi el nu a mai avut ocazia să îl trateze pe micuţul Albert, a afirmat că astfel de cazuri pot fi tratate prin asocierea şobolanului cu un stimul plăcut, cum ar fi o mângâiere securizantă, plăcută.

Mary Cover Jones a preluat ideea lui Watson şi a tratat un băiat de 3 ani, Peter, care suferea de o fobie de iepuri cu origine necunoscută. L-a tratat pe Peter cu lapte şi biscuiţi şi a adus treptat cuşca cu iepurele tot mai aproape de copil. Starea plăcută pe care o trăia când gusta dulciurile sale favorite s-au asociat treptat cu iepurele. După câteva şedinţe, Peter şi-a pierdut teama de iepure şi chiar a ajuns să îi placă să îl ţină în braţe.

în prezent, cea mai răspândită şi mai cunoscută formă de contracondiţionare este *desensibilizarea sistematică,* elaborată de Joseph Wolpe, în 1958, pentru tratarea fobiilor.

Desensibilizarea sistematică cuprinde trei etape. în prima parte, clientul este învăţat să practice o tehnică de relaxare, până când capătă abilitatea de a-şi relaxa întregul corp. Apoi, urmează etapa a doua, când clientul, împreună cu terapeutul, construiesc lista situaţiilor anxiogene, constând într-un şir de scene care induc teama persoanei, în cadrul fobiei de care se plânge. Clientul enumeră zece - douăzeci sau chiar mai multe situaţii, pe care le evaluează de la 0 la 100, de la cel mai puţin înfricoşător la cel mai înfricoşător.

Să presupunem că cineva are o teamă de gândaci. Ar evalua cu 5 o fotografie cu un gândac, cu 60, un gândac pe propria mână şi cu 85, un gândac direct pe faţă.

în tabelul care urmează, aveţi un exemplu de listă ierarhică a

situaţiilor anxiogene, pentru un pacient cu o fobie de examene.

Evaluarea iniţială a fricii	Scena anxiogenă
0	înmatricularea pentru anul universitar care va
5	Participarea la cursuri în clasă
20	Anunţul profesorului că evaluarea de mijloc de semestru va avea loc peste 3 săptămâni
30	Discutarea dificultăţilor examenului cu unii dintre
45	Lectura notiţelor de curs cu o săptămână înainte de examen
50	Participarea la o oră de recapitulare cu trei zile înainte de examen
60	Ascultarea explicaţiilor profesomlui despre examenul care va fi peste o zi
65	Studiul singur acasă cu o zi înainte de examen
70	Studiind cu un grup dc studenţi, cu o noapte înainte de examen
75	Faptul de a auzi studenţi foarte buni că au dubii legat de ce vor face la examen
80	Faptul de a învăţa în noaptea dinaintea examenului
90	Intrarea profesorului în clasă înainte de examen şi reamintirea faptului că examenul contează în proporţie de 50 % pentru nota finală la disciplină
95	Citirea întrebărilor date la examen şi nerecunoaşterea unora dintre ele
100	Scrierea răspunsului la întrebări, în timp ce aude pixul pe foile altor colegi care scriu de zor.

$/ <

c) *n echipa de câte doi, discutaţi despre o teamă personală pe care aţ dori să o ţneţ mai*

s/ '

bine sub control sau să o diminuaţpână la dispariţe.

faceţi împreună, peniru fiecare în parte, lista ierarhică a situaţilor anxiogene, specifică temerii alese qi despre care aţ povestit.

Cea de-a treia etapă este expunerea la stimulul anxiogen, care se face gradat în imaginar, în stare de relaxare şi, adesea, şi *in vivo,* mai ales ca temă pentru acasă. Expunerea se face respectând lista cu situaţiile ierarhizate, astfel încât nu se trece la un nivel superior, până când pacientul nu suportă fără teamă situaţia de la nivelul cu care se lucrează. Pentru o mai precisă înţelegere a procedurii, vedem mai jos un exemplu de adresare cu sugestii în stare de relaxare, unui pacient cu agorafobie:

Acum am să te rog să îţi imaginezi un număr de scene. Ţi le vei imagina clar, iar ele vor interfera extrem de puţin cu starea ta de relaxare. In orice caz, ori de câte ori vei simţi că anxietatea interferează cu starea ta dc relaxare, am să te rog să mă laşi să ştiu, ridicând uşor degetul arătător al mâinii stângi. Mai întâi, aş vrea să te rog să îţi imaginezi că te afli la colţul străzii X care îţi este familiară, într-o dimineaţă frumoasă în care priveşti oamenii trecând, bicicliştii, maşinile, luminile din acel loc şi auzi sunetele asociate cu toate aceste lucruri (pauză cca 15 sec.). Acum spune oop tuturor acestor imagini şi orientează-ţi din nou toată atenţia către aurea de relaxare. Dacă scena la care ai asistat ţi-a generat chiar şi cel unii mic disconfort, lasă-mă şi pe mine să ştiu, ridicând uşor degetul arătător al mâinii stângi. (Pacientul nu ridică degetul). Acum imaginează-ţi . u te afli pe Bulevardul Y, la o intersecţie, aşteptând să traversezi strada, iPauză de 5 sec.) Opreşte acum imaginea aceasta şi aminteşte-ţi de relaxare, lăsând tot calmul stării de relaxare să te cuprindă. Dacă scena la . urc ai asistat ţi-a generat chiar şi cel mai mic disconfort, lasă-mă şi pe mine să ştiu, ridicând uşor degetul arătător al mâinii stângi. (Pacientul t idică degetul). Continuă să te relaxezi şi lasă fiecare expir să adâncească u il mai mult starea confortabilă din care dispare orice urmă de tensiune, iot corpul rămâne liniştit, cuprins de calm şi siguranţă, de linişte şi o

senzaţie paşnică de căldură. Acum imaginează-ţi din nou că te afli pe Bulevardul Y, la o intersecţie, aşteptând să traversezi strada. Dacă teama care apare a mai scăzut faţă de prezentarea anterioară, atunci nu fă nimic, dar dacă este la fel sau mai mare, lasă-mă să ştiu, ridicând degetul, aşa cum ne-am înţeles. (Pacientul nu ridică degetul). Continuă să aprofundezi detaliile acestei scene şi rămâi atent ta toate detaliile ei, la maşinile care trec, la oamenii care stau alături de tine, aşteptând să traverseze atunci când maşinile se vor opri (Pauză 10 sec.). Acum te întorci din nou la relaxare şi îţi aminteşti că te afli aici, în fotoliu, aşezat confortabil şi în siguranţă. Acum imaginează-ţi din nou scena de la Bulevardul Y şi rămâi cât mai atent la toate detaliile. (Pauză 15 sec.). Acum opreşte scena şi rela- xează-te mai profund. Din acest moment, am de gând să număr până la 5, moment în care vei deschide ochii, te vei simţi extrem de revigorat şi de calm.

Desensibilizarea sistematică a devenit extrem de plină de succes în tratarea unei largi varietăţi de fobii, cum sunt teama de vaccin, de dentist, de sânge, de a vorbi în public, de instalaţiile de rezonanţă magnetică nucleară şi multe alte fobii.

în unele cazuri, relaxarea este un ingredient extrem de important în desensibilizarea sistematică; în alte cazuri, ea nu se dovedeşte indispensabilă, terapia fiind de succes şi prin expunerea *in vivo,* respectându-se lista ierarhică a situaţiilor anxiogene. Levin şi Gross (1985, cf. Sdorow, 1993) arată că desensibilizarea sistematică şi-ar putea mai bine explica succesul prin extincţie, decât prin contracon- diţionare, deoarece clientul ar experimenta situaţiile imaginate, fără să experimenteze consecinţele adverse aşteptate.

Indiferent cum se explică eficienţa sa, desensibilizarea sistematică îşi realizează efectul pozitiv prin intermediul endorfmelor, aşa cum o arată un studiu din 1988.

Endorfinele, opiatele produse de creier, sunt compuşii chimici capabili să producă starea de euforie, de mulţumire etc. Egan şi colaboratorii au publicat, în 1988, în *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* un studiu efectuat asupra unui grup de pacienţi cu fobii simple, la care a fost manipulată activitatea endorfmelor în sistemul intern al organismului. Anterior sesiunilor de desensibilizare sistematică, la o jumătate dintre participanţi li s-a injectat intravenos o substanţă cu efect blocant asupra endorfmelor şi la cealaltă jumătate, o substanţă placebo, fără vreun efect specific. Studiul a fost dublu-orb, întrucât nici pacienţii şi nici terapeuţii nu ştiau despre substanţa cu efect blocant

pentru endorfine.

Rezultatele au arătat că participanţii care au primit substanţa placebo au înregistrat progrese semnificativ mai mari în tratarea fobiei, în comparaţie cu ceilalţi. întrucât substanţa administrată în lotul experimental are rolul de a bloca endorfinele, rezultatele acestui studiu sprijină ideea rolului cndorfinelor în desensibilizarea sistematică. Starea plăcută produsă de en- dorfine poate deveni răspuns condiţionat pentru stimulii care, anterior, induceau frica.

Sxplicaţi rolul endorfinelor în tratarea de către ᶜhMary Cooer ffones a micuţului ^eter„

fi/

Elaboraţi sugestii pentru expunerea în imaginar, bazate pe lista ierarhică a situaţiilor arvciogene pe care aţi elaborat-o pentru colegul din echipa cu care lucraţi. Cxersaţi împreună o scurtă sesiune de relaxare cu expunere în imaginar pentru o situaţie de la începutul listei ierarhice.

Antrenamentul asertiv

Obiectivul principal al antrenamentului asertiv este acela de a spori eficienţa interacţiunilor interpersonale, prin diminuarea anxietăţii pe care, adesea, situaţiile sociale o produc. Wolpe şi Lazarus (1966, pp. 38 - 53) descriu antrenamentul asertiv, în cartea *Behavior Therapy Techniques. A guide to Treatment of Neuroses,* publicată la Pergamon Press, în Marea Britanie. In general, acest antrenament se adresează celor care au reacţii dezadaptative în interacţiunile cu ceilalţi, din cauza anxietăţii care inhibă expresia sentimentelor adecvate şi punerea în act a comportamentelor adaptative. Intervenţia terapeutului este menită să sporească orice impuls pentru dezinhibarea acestor reacţii, aşteptându-se ca de fiecare dată când sunt puse în act, să determine o inhibare reciprocă a anxietăţii şi, treptat, o scădere a intensităţii anxietăţii cu care este asociat răspunsul. Prezentăm, în continuare, câteva puncte de vedere legate de conceptul de *antrenament asertiv,* după Wolpe şi Lazarus.

Afirmaţia care stă la baza acestei intervenţii este că oamenii au drepturi certe, pe care sunt deplin îndreptăţiţi să şi le exercite. Chiar dacă autocontrolul şi comportamentul rezervat, plin de tact sunt necesare şi dezirabile pentru o interacţiune civilizată, exagerările în aceste conduite nu sunt adaptative. Adesea, conduitele excesiv de submisive sunt specifice persoanelor inhibate, ca urmare a unei educaţii pentru autocontrol stoic, conformare excesivă, în numele aşa-ziselor bune maniere sau a bunului gust rafinat. în cazuri extreme, aceste persoane trăiesc în medii foarte închise, fără libertate de exprimare, sunt foarte timide şi aproape obsesiv preocupate de moduri de comportament „adecvat“ sau „corect“. Unele persoane nonasertive sunt foarte închise şi confundă, adesea, exprimarea emoţiilor cu un sentimentalism bolnav sau imatur.

Atunci când anxietatea inhibă comportamentul asertiv, există consecinţe indezirabile, individul fiind, adesea, dezavantajat, în comparaţie cu ceilalţi şi împiedicat în atingerea scopurilor sale. Cu toate că în terapie, cel mai frecvent, se vorbeşte de răspunsuri asertive în legătură cu exprimarea furiei şi a resentimentelor, noţiunea de „comportament asertiv“ este utilizată, în general, pentra toate expresiile acceptabile social ale drepturilor şi sentimentelor personale. Un refuz politicos faţă de o cerere sau de o solicitare nerezonabilă, o expresie autentică a aprecierii, respectului sau admiraţiei cuiva, o exclamaţie de bucurie, iritare, adoraţie sau dezgust, toate pot fi considerate comportamente asertive.

Organizaţi~oă în echipe de câte doi studenţi.

1. Sflmintiţi-oă o situaţie în care aţi fost nedreptăţit pasio, şi aţi reacţionat şi aţi neexprimându-oă opinia.

2. Sfiminliţi-oă o situaţie în care aţi fost nedreptăţit agresiv, reacţionat acuzând şi criticând.

Ce gânduri aufost asociate defecare data cu acele comportamente?

discutaţi cu partenerul de dialog şi analizaţi şi consecinţele acelor comportamente.

In dialogul cu pacientul, este extrem de probabil să ne fie relevate diverse manifestări ale anxietăţii interpersonale, precum şi inhibiţiile asociate ale acţiunilor: faptul de a fi exploatat de prieteni sau cunoştinţe, de a fi dominat de părinţi, soţi sau de angajatori, de a fi exagerat de respectuos faţă de autorităţi, persoane în vârstă, prieteni de o viaţă ş.a.m.d. Pacientul ar putea să povestească fie despre umilinţele pe care le suportă, fie despre comportamentele, nedrepte, ofensive, degradante, vulgare ale altora, la care ei nu au reacţionat eficient. Wolpe şi Lazarus arată că decidem dacă antrenamentul

asertiv este indicat şi, dacă da, în ce context, după ce ascultăm istoria pacientului şi chiar după ce efectuăm unele investigaţii psihometrice. Ei recomandă şi un chestionar, care poate fi utilizat oral sau în scris, în întregime sau doar parţial:

Protestezi cu voce tare atunci când cineva se aşază în faţa ta la o coadă?
Este dificil pentm tine să cerţi un subaltern?
Când serviciile într-un restaurant sau în altă parte sunt slabe, eviţi să te plângi? Eşti înclinat să îţi ceri scuze excesiv?
Dacă, după ce îţi cumperi o haină nouă, descoperi că are un defect, îţi este greu să soliciţi schimbarea ei?
Dacă un prieten te critică fără temei, te mulţumeşti să te plângi în absenţa lui unuia şi altuia?
De obicei, încerci să eviţi persoanele cu aer de şef?
Când întârzii la o şedinţă, preferi să stai în spate în picioare, decât să mergi în faţă pe un scaun liber?
Eşti capabil să contrazici o persoană dominantă?
Dacă cineva îţi fură locul din parcare, preferi să mergi mai departe până găseşti alt loc?
Dacă un vânzător a făcut eforturi mari să îţi prezinte mărfuri care nu se dovedesc potrivite nevoilor tale, ai dificultăţi în a spune nu?
De obicei, îţi exprimi sentimentele?
Dacă afli că un prieten răspândeşte false zvonuri despre tine, eziţi să ai o discuţie faţă în faţă cu el?
Ţi-ar fi greu să soliciţi fonduri pentru o cauză valoroasă?
De obicei, îţi păstrezi opiniile pentm tine însuţi? îţi este greu să începi o conversaţie cu un străin?
Eşti capabil să îţi exprimi deschis dragostea şi afecţiunea?
Dacă mâncarea care este servită la restaurant nu te mulţumeşte, eviţi să te plângi chelnerului?
Eşti atent să nu răneşti sentimentele altora?
Dacă te afli la o conferinţă sau la un curs, şi cel care prezintă face o eroare, întrebi despre greşeala făcută?
Dacă o persoană în vârstă şi respectată face o afirmaţie cu care tu nu eşti de acord, îţi exprimi punctul tău de vedere?
De obicei, preferi să păstrezi tăcerea ca să nu fie certuri?
Dacă un prieten îţi face o solicitare nerezonabilă, eşti capabil să îl refuzi? Dacă, după ce ai părăsit un magazin, sesizezi că ţi s-a dat mai puţin rest decât trebuia, te întorci să soliciţi repararea greşelii?
Dacă un poliţist îţi interzice să intri pe o stradă pe care tu eşti, de fapt, pe deplin îndreptăţit să intri, îl contrazici pe acel poliţist?

Dacă o rudă respectată şi apropiată te enervează, preferi mai curând să te calmezi, decât să îţi exprimi supărarea?
Găseşti că este mai uşor să-ţi exprimi furia faţă de persoanele de acelaşi sex cu tine, decât faţă de cele de sex opus?
Este dificil pentru tine să faci complimente şi să îi lauzi pe ceilalţi?
Ai un prieten apropiat cu care poţi să discuţi aproape orice?
îi admiri pe cei care răspund cu aceeaşi măsură celor care îi nedreptăţesc?

Acest chestionar relevă domenii specifice, în care se manifestă grade diferite de asertivitate şi nonasertivitate. Discutând cu pacientul asupra fiecărui item, putem afla mult mai multe, decât dacă am construi o scală cantitativă sau dacă ne-am mulţumi cu răspunsuri de tip da sau nu. Unii oameni pot să nu aibă nici o problemă în a se manifesta asertiv în interacţiunea cu vânzătorii sau chelnerii, dar pot să aibă dificultăţi în acest sens, în contexte mai intime, atunci când ar trebui să refuze un prieten sau să-şi critice partenerul de viaţă. Unii pot să fie foarte capabili să îşi exprime revolta sau nemulţumirea, dar să fie de-a dreptul blocaţi, dacă ar fi vorba să îşi exprime sentimente de preţuire sau de admiraţie faţă de cineva. Aşadar, lipsa asertivităţii nu este o trăsătură unitară, ci ea

fi/

5/'

se manifestă acolo unde a fost condiţionată.

Organizaţi-vă în echipe de câte doi studenţi.

'identificaţi, pentru fiecare dintre voi doi. pe rând, 3 - 5 situaţii în care aveţi dificultăţi în a pune în act comportamente asertive, utilizând întrebările din lista luᶜll)olpe şi.Jfiazarus. "Discutaţi despre fiecare, urmărind:

a. să precizaţi consecinţele nedorite ale lipsei de asertivitate în fiiecare situaţie:

b. să remarcaţi dacă aveţi tendinţa să fiţi mai lipsiţi de asertivitate în situaţii familiare sau mai curând. în compania străinilor şi, respectiv, când trebuie să criticaţi ori mai frecvent, când ar fi de spus cuvinte de apreciere, de lauda:

c. să evidenţiaţi gândurile care însoţesc eşecurile de aplicare a fiecărui comportament asertiv.

Anxietatea în situaţii sociale explică cele mai multe comportamente nonasertive. Comportamentul asertiv exprimă şi intensifică răspunsuri care contracarează anxietatea. Acesta este, de exemplu, cazul exprimării furiei. Consecinţa imediată este că anxietatea nu se mai produce în situaţii asemănătoare în viitor. Pe această bază, este realizată inhibiţia anxietăţii. în acelaşi timp, actele motorii ale aser- tivităţii, dacă sunt aplicate adecvat, sunt urmate de consecinţe re- compensatorii de diverse tipuri, o scădere notabilă a anxietăţii, o creştere a autocontrolului în mediul social care, anterior, producea reacţii dezadaptative. Contracondiţionarea anxietăţii se împleteşte cu condiţionarea operantă a răspunsului asertiv şi fiecare îl facilitează pe celălalt. Condiţionarea operantă singură (fără contracondiţionare) este utilă, atunci când reacţia asertivă lipseşte nu din cauza anxietăţii sociale, ci doar pentru că nu a fost învăţată, persoana neavând vreodată oportunitatea achiziţionării unui astfel de comportament.

Principalele modalităţi de acţiune în terapia dedicată comportamentului asertiv sunt descrise de numeroşi autori, începând cu Wol- pe şi Lazarus, în 1966. Eileen Gambrill le descrie, într-o manieră actualizată după informaţii rezultate din decenii de practică, în capitolul dedicat antrenamentului asertiv din *Enciclopedia ofPsychotherapy* (2002).

Trainingul asertiv constă, de regulă, într-o varietate de componente, incluzând aici instrucţia, prezentarea după model, repetarea comportamentului, feedback-ul, programarea schimbării şi temele pentru acasă. Alte procedee care pot fi, de asemenea, utilizate sunt trainingul pentru autoinstructaj, trainingul pentru relaxare, restructurarea cognitivă (ex.: scăderea credinţelor şi aşteptărilor nerealiste) şi trainingul pentru rezolvarea problemelor interpersonale (ex.: controlul furiei care poate afecta relaţia de prietenie). Pot fi, de asemenea, furnizate materiale scrise, pentru a oferi instrucţii pentru clarificarea diferenţelor dintre comportamente agresive, asertive şi pasive în anumite situaţii. De exemplu, dacă gândeşti că ai fost tratat nedrept de către un profesor, ai putea discuta cu el despre ceea ce te deranjează (asertiv), ai putea să taci, să nu spui nimic (pasiv) sau ai putea să ridici tonul şi să te răsteşti la el (agresiv).

Alegerea metodei de tratament este dictată de evaluarea făcută clientului. Trebuie cunoscute repertoriile: cognitiv (ce îşi spune lui însuşi clientul, în limbajul intern), emoţional (ce simte) şi comportamental (ce

face clientul) ale clientului, în raport cu scopurile sale, în diverse situaţii.

Jocul de rol în timpul evaluării (punându-se în scenă ceea ce obişnuieşte să facă clientul sau ce crede că ar trebui să facă) poate releva resurse pe care clientul le are deja şi, astfel, se poate decide care sunt instrucţiunile şi prescripţiile de care mai are nevoie. Dacă, din cauza anxietăţii, nu sunt utilizate comportamentele eficiente, intervenţia poate fi orientată către creşterea abilităţilor de management al anxietăţii. Iar în cazul în care abilităţile sociale necesare lipsesc, va fi nevoie de proceduri destinate să le dezvolte, cum sunt instrucţiunile, prezentarea după model, practica. Prezentăm, în continuare, principalele metode utilizate în antrenamentul asertiv după Gambrill (2002).

Instrucţiunile privind comportamentul eficient pot fi date oral sau prezentate în scris, pe casetă audio sau cu ajutorul unui film. Se dau odată instrucţiuni numai pentru un singur comportament, nu pentru mai multe care ar trebui modelate la acelaşi client. Se utilizează apoi, pentru exersare, jocul de rol. Este contraindicat ca terapeutul să zâmbească sau să chicotească, în timp ce solicită de la client o modificare la un comportament jenant. în schimb, este indicat să se uite la client, să îl privească în poziţia faţă în faţă, în timp ce îi vorbeşte.

Prezentarea unui *model de comportament* depinde de abilităţile cu care clientul intră în terapie şi de complexitatea abilităţilor de care mai are nevoie. Prezentarea de modele de comportament este cu atât mai valoroasă în terapie, cu cât clientul este mai lipsit de astfel de abilităţi şi cu cât are nevoie de abilităţi mai complexe. Avantajul metodei prezentării de modele de comportament constă, mai ales, în faptul că i se pot prezenta clientului multiple comportamente, iar apoi i se cere să le imite. De exemplu, i se poate cere clientului să observe contactul vizual al modelului, la fel şi mişcările mâinilor şi postura, în ansamblu. Pot fi prezentate atât modele eficiente, cât şi ineficiente, pot fi discutate şi consecinţele acestor comportamente.

? *Repetarea comportamentului şi feedback-ul.* După prezentarea modelului, i se cere clientului să practice comportamentul prezentat. După fiecare repetiţie, se oferă feedback-uri corective. Se laudă ceea ce face bine, se urmăreşte corectarea, acolo unde este cazul şi

nu se critică niciodată. Clientul este încurajat să dezvolte acele comportamente care au cele mai probabile rezultate pozitive. Jocurile de rol încep cu scene care generează un nivel redus de disconfort clientului. Dacă este nevoie, atunci când clientul este ezitant, i se oferă textul de spus în scris, pentru a-l citi. Dacă anxietatea este prea mare, chiar şi pentru a citi rolul dat, clientului i se oferă o tehnică de relaxare, înaintea jocului de rol. Fiecare joc de rol poate fi repetat, până când se ajunge la nivelul necesar al abilităţilor şi al confortului.

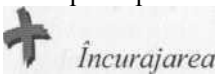
Programarea schimbărilor. Simt stabilite scopuri precise pentru fiecare şedinţă şi nu vor fi abordate mai mult de unul-două comportamente odată.

" *Teme pentru acasă.* După ce se atinge un anumit nivel de confort şi de abilitate, cu o anumită deprindere comportamentală, clientului i se dau prescripţii de comportament pentru mediul natural. Sunt selectate prescripţiile pentru comportamentele cu cea mai mare probabilitate de succes. Clienţii sunt, de asemenea, antrenaţi să identifice împrejurările în care comportamentele temă pentru acasă au cea mai mare probabilitate de a avea succes. De exemplu, dacă la locul de muncă, trebuie să returneze produse necorespunzătoare la controlul calităţii, clientul se va orienta, pentru început, către acei muncitori care par prietenoşi, nu către cei morocănoşi, care arată mereu nervoşi.

f *Restructurările cognitive sau modificarea monologului intern al clientului* pot include alterarea aşteptărilor nerealiste, alterarea atitudinilor legate de drepturile şi obligaţiile personale, antrenamentul pentru instructajul autoadresat, în care clientul învaţă să identifice afirmaţiile negative legate de comportamentele sociale eficiente şi să le înlocuiască cu afirmaţii pozitive. Probabilitatea com

portamentului social eficient poate fi mărită prin autoadresarea de întrebări deschise cum sunt: „Ce anume se petrece?“, „Care sunt opţiunile mele?“, „Ce s-ar întâmpla dacă...?“, „Care alternativă este mai bună?“, „Cum aş putea să o pun în acţiune?“.

Metode de reducere a anxietăţii. Atunci când anxietatea interferează cu abilităţile asertive, se recomandă un antrenament pentru învăţarea de tehnici de relaxare. Metoda selectată va ţine cont de cauzele anxietăţii care pot fi gânduri negative, o istorie plină de sancţiuni generate de lipsa abilităţilor, aşteptări nerealiste de tipul „toată lumea ar trebui să mă placă pe mine“.



generalizării şi a menţinerii abilităţilor achiziţionate. Generalizarea se referă la utilizarea abilităţilor asertive, în alte situaţii decât cele în care au fost învăţate. Menţinerea se referă la utilizarea lor continuă de-a lungul timpului. în acest sens, se recomandă utilizarea elementelor care, în mod natural, au un rol întăritor, cum ar fi implicarea persoanelor semnificative din anturajul clientului, întărirea comportamentelor asertive, în situaţii noi, utilizarea unei game variate de situaţii de-a lungul trainingului. Generalizarea şi menţinerea sunt sporite şi printr-o permanentă supraveghere, auto- monitorizare a propriilor succese. Clienţii trebuie încurajaţi să se recompenseze singuri, atunci când fac eforturi pentru a exercita o influenţă asupra mediului social de care aparţin, chiar dacă nu au întotdeauna succes (ex.: Dacă o pacientă încearcă în repetate rânduri să ia cuvântul la o şedinţă, ea trebuie să se recompenseze pentru aceste încercări, chiar dacă acolo, la şedinţă, poate nu i s-a dat cuvântul, în ciuda încercărilor sale).

Wolpe şi Lazarus (1966, pp. 48 - 53) descriu o serie de cazuri tratate prin antrenament asertiv. Unul dintre cazuri, un bărbat de 38 de ani, se plângea de simptome depresive şi se descria ca nepotrivit pentru locul său de muncă, din moment ce, de ani buni, nu reuşea să avanseze, ocupa numai poziţii specifice începătorilor. într-un joc de rol în care el interpreta candidatul la ocuparea unui post, care se afla la interviul pentru angajare, s-a folosit camera de filmat şi, apoi,

clientul a putut să se observe, văzând filmul interviului său. Terapeutul l-a invitat să aprecieze impresia pe care i-ar face-o lui un astfel de candidat, dacă ar fi să fie el pe poziţia angajatorului. L-ar angaja sau nu pe acel candidat, în baza a ceea ce se poate observa în interviul înregistrat? Clientul îşi modelase deja în terapie mersul şi postura şi gesturile, eliminând aspectele ezitante, neasertive. Dar era evident că aceste achiziţii nu se generalizaseră la nivelul stilului de a vorbi, care era cât se poate de tremurat, nesigur, şovăielnic. Dincolo de aceste aspecte paraverbale şi nonverbale, s-a analizat conţinutul celor spuse. Era evident că pacientul se „vindea ieftin": în loc să sublinieze excelentele sale calificări, a mormăit destul de incoerent câteva generalităţi despre bazele educaţiei sale, despre instruirea sa, în general. Terapeutul a demonstrat variante mai asertive de mesaj, în cazul unui astfel de interviu, iar clientului i s-a cerut să îl imite. în maniera aceasta, clientul a fost în măsură să tot repete diverse variante de răspuns asertiv la anumite întrebări din interviu şi să pregătească şi discursuri care sunau impresionant pentru interviurile nestructurate.

№ (5alfer (cf. Dafinoiu şi ᶜl)argba, Q005, p. 53) a descris şase „exerciţii stimulative in cadrul antrenamentului asertiv, pe care pacienţii săi trebuiau să le practice cu regularitate:

~ exerciţii de exprimare a diverselor sentimente:

- *exerciţii de exprimare a opiniilor contrare;*
- *exerciţii de exprimare a unor sentimente diferite doarprin utilizarea mimidi:*
- *exerciţii de realizare a unor afirmaţii la persoana întâi – „Cu (vorbirea la persoana întâi şi asumarea sentimentelor şi a comportamentelor proprii, mai degrabă decât indicarea lor într-o manieră impersonală – „în general, oamenii vorbesc... gândesc... simt...):*
- *exerciţii de adresare sau primire de complimente:*
- *exerciţii de improvizare de răspunsuri verbale şi nonverbale în situaţii interpersonale.*

M c5e experimentează în grupa de studenţi, la alegere, exerciţii din lista de mai sus. Sfipoi, în baza experienţelor proprii, se discută elementele disfuncţionale posibil a fi întâlnite la pacienţi, felul cum ar trebui abordate în terapia prin antrenament asertio.

'Tema9

Psihoterapia cognitivă (1)

La această temă, înainte de introducerea cunoştinţelor teoretice şi procedurale, studenţii sunt provocaţi la un exerciţiu menit să le atragă atenţia, în manieră experienţială, asupra felului în care se lucrează cu gândurile în terapia cognitivă. Exerciţiul este preluat şi adaptat după unul propus de J. Şuier la pagina web: http://www-usr.rider.edu/~suler/cogther.html

$/

fi/ ■

Telul în care gândesc eu. Cxemple de tehnici cognitioe.

cPenlru acest exerciţiu, profesorul scrie pe tabla, una câte una, o serie de întrebări. Ctudenţii notează pe o pagină răspunsul la fiecare întrebare. c5e face o pauză de câfeoa minute după întrebare, astfel încât să fie timp pentru scrierea răspunsului. Tiecare întrebare ilustrează câte un lip diferit de tehnică terapeutică. cDupă ce se realizează exerciţiul complet, se reiau, rândpe rând, întrebările şi se discută scopul lor în terapie.

1. *'Capiul care mă îngrijorează adesea este că...*
2. *hMaiprecis, ce anume te îngrijorează atât de mult?*

Când studenţii termină de scris răspunsul la această întrebare, profesorul continua, insistând: „Ce înseamnă pentru line această îngrijorare şi ce anume te supără atât de mulţi flepetarea acestei întrebări are rolul de a ajuta la descoperirea a ceea ce este iraţional, eronat, patogen.

'Apoi, profesorul spune ,,îlitaţi-vă acum la ceea ce aţi scris până acum şi răspundeţi la următoarea întrebare .

3. Care este cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla, cel de care le temi cel mai mult?

SAceostă întrebare descoperă posibile cafastrofizări.

4. Când le gândeşti la cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla, crezi, într-adevar, că el ar putea să aibă loc? 'Dacă da, cum anume ai putea învăţa să faci fală?

cPrima întrebare caută să stimuleze gândirea raională, realistă. Cea de-a doua încurajează adaptarea cognitivă la situaţie.

S?'pot', profesorul se adresează iarăşi grupei de studenţi: ,,î/itaţi-oă din nou la gândurile despre propriile îngrijorări şi răspundeţi la întrebarea care urmează :

5. Ce anume am eu de câştigat de pe urma acestui mod în care gândesc? Cum anume au aceste gânduri oreun rezultat în avantajul meu?

SAceste întrebări încurajează studentul să reflecteze la ceea ce se numeşte ,,beneficiu secundar al credinţelor care au legătură cu îngrijorarea.

6. Cu mă accept pe mine, chiar dacă... (fiecare completează fraza).

(5e indică studenţilor să nu folosească verbul ,,a fi. SAcest ultim Hem al exerciţiului încurajează monologul intern adaplaliv şi gândirea pozitivă, sănătoasă. împiedicând utilizarea verbului ,,a fi, rămâne neîmplinită tendinţa de a se auto!eticheta într-o manieră globală, cum ar fi în exemplul ,,eu mă accept pe mine, chiar dacă sunt un depresiv . c5e încurajează, în schimb, concentrarea asupra comportamentelor specifice.

După opinia lui Aaron Beck, terapia cognitivă este o sinteză a unor aspecte ale psihanalizei şi terapiei comportamentale. Influenţa psihanalizei este reflectată în interesul terapiei cognitive pentru gândurile latente, automate şi legăturile puternice dintre gânduri, emoţii şi comportament. Influenţa terapiei comportamentale se concretizează în structurarea sistematică a interviului, în definirea scopurilor şi a procedeelor prin care ele pot fi atinse, în operaţionalizarea tehnicilor

terapeutice şi a evaluării. Cercetările asupra depresiei realizate de Aaron Beck au stat la baza dezvoltării ulterioare a tehnicilor specifice terapiei cognitive şi, în prezent, ea este utilă în multiple afecţiuni psihologice, precum tulburările anxioase, tulburările obsesiv- compulsive, tulburările alimentare (anorexie şi bulimie), alcoolism etc. Beck consideră că felul în care gândim determină felul în care simţim şi ne comportăm. Terapia este un proces de colaborare între terapeut şi pacient, în care credinţele pacientului, ideile sale despre sine şi despre lume sunt considerate ipoteze care trebuie testate. Cu ajutorul procedurilor comportamentale şi verbale, sunt elaborate şi examinate interpretări alternative, credinţe mai adaptative (Dafinoiu, 2005, pp. 20,21).

în continuare, pentru a avea o imagine cât mai limpede şi coerentă asupra felului cum a evoluat terapia cognitivă, mai ales la debutul ei, putem utiliza o sursă pe care ne-o pune la dispoziţie *Revista română de psihiatrie,* anume un articol scris de însuşi Aaron Beck (2001). Istoria descoperirilor şi clarificărilor sale, aflată în articolul pe care îl rezumăm mai jos, este ca o povestire, scrisă cu sinceritate şi modestie, edificatoare şi memorabilă, extrem de binevenită lectură pentru studenţi.

Partea I: Observaţii şi teorie (1956- 1964)

Evoluţia modelului cognitiv şi a terapiei cognitive poate fi cel mai bine înţeleasă din perspectiva unor însemnări autobiografice. Terapia cognitivă a apărut gradat, ca rezultat al experienţei clinice şi al cercetării. Această evoluţie poate fi discutată ca decurgând în câteva faze, marcate de un număr de surprize şi anomalii.

Prima incursiune în domeniul cogniţiei realizată de Aaron Beck s-a produs, dc fapt, ca rezultat al interacţiunii cu o anumită pacientă. în vremea aceea, el practica psihanaliza şi psihoterapia psihodinamică. Pacienta M, care-i fusese trimisă pentru depresie, respectase destul de bine regula fundamentală a psihanalizei. Aidoma celor mai mulţi dintre pacienţii lui Beck, şi ea a urmat instrucţiunile, de a-i spune tot ce-i trecea prin minte. A învăţat să nu-şi cenzureze gândurile care o preocupau şi să nu omită vreun amănunt.

M. era o femeie în vârstă de 25 de ani, depresivă, care îşi petrecea cea mai mare parte din şedinţa individuală istorisind poveşti despre escapadele ei sexuale. Ea relata aceste experienţe foarte deschis, tară să încerce să le cenzureze. I-a spus, totuşi, lui Beck, că simţea anxietate în cea mai

mare parte a şedinţei. El a apelat la formula standard şi a presupus că anxietatea se datora sentimentului de ruşine generat de expunerea la o posibilă cenzură din partea sa. Totuşi, dând curs unei bănuieli (şi contrar regulilor liberei asocieri), i-a cerut să se concentreze asupra gândurilor sale imediat premergătoare apariţiei anxietăţii, oricare ar fi acestea. Pe măsură ce continua cu descrierea aventurilor ei sexuale, s-a concentrat, simultan, asupra anxietăţii şi a gândurilor strâns legate de aceasta. Apoi a făcut un rezumat surprinzător al gândurilor legate de anxietate: *„Nu mă exprim clar... îl plictisesc... Probabil că nu poate urmări ce spun... Chestia asta probabil i se pare ridicolă... Probabil va încerca să scape de mine*". Beck a fost surprins, pentru că acest material nu-i fusese adus niciodată la cunoştinţă până atunci.

în scopul de a o învăţa să conştientizeze aceste gânduri automate, i-a cerut să observe ce gânduri apar cu puţin înainte de trăirea unei anumite emoţii (tristeţe, bucurie, furie etc.). Când s-a concentrat asupra acestui lucru, a fost aproape întotdeauna în stare să recunoască şi să relateze gândurile automate.

Pe măsură ce a încercat să pună cap la cap observaţiile asupra gândurilor automate ale acestei paciente - şi ale altor pacienţi - şi, în cele din urmă, ale sale, rezultat al introspecţiei, ale prietenilor şi rudelor lui, Beck a început să ajungă la elementele de bază ale teoriei cognitive: există, într- adevăr, cel puţin două sisteme de gândire. Unul este îndreptat către ceilalţi şi, atunci când este exprimat deschis, constă în gânduri şi emoţii variate, care se comunică, în mod obişnuit, altor oameni. Această fonnă de gândire şi comunicare constituie „modul conversaţional".

Al doilea mod de gândire este cel al „propriului sistem de semnalizare". El constă în auto-monitorizare, auto-instrucţiuni şi auto-avertizări. Acesta include, de asemenea, interpretări rapide, automate, ale evenimentelor, auto-evaluări şi anticipaţii. Funcţia lui este, mai degrabă, comunicarea cu sine, decât cu ceilalţi.

După cum am descoperit, în cele din urmă, sistemul intern de comunicare este sursa multora dintre problemele pacienţilor şi, pătrunzând în interiorul acestui sistem, am putut să le înţeleg mai bine dificultăţile şi să-i ajut să le rezolve. Am putut să recunosc greşelile pe care pacienţii le fac în interpretarea experienţelor lor şi în felul în care fac predicţii şi planuri de acţiune.

Aşa cum a ieşit la iveală, această pacientă avea convingerea că este plictisitoare şi incoerentă. Ea a încercat să compenseze acest sentiment, amuzându-l pe Beck. Totuşi, autoevaluarea ei negativă nu s-a schimbat. Ea a continuat să se vadă plictisitoare, deşi, în realitate, lucrurile nu stăteau aşa. Convingerea ei că era plictisitoare i-a influenţat modul de interpretare al propriului comportament, precum şi aşteptările de a fi respinsă de ceilalţi. La momentul acela, totuşi, Beck nu era încă pe deplin conştient despre felul în care procesarea informaţiilor este dictată de convingeri fundamentale.

La început, acest tip de gânduri automate îi păreau lui Beck a fi relevante doar pentru relaţia transferenţială, însă, în scurtă vreme, şi-a dat seama că aceste reacţii au caracter general şi traversează cele mai multe situaţii. Această femeie, de exemplu, credea că este plictisitoare şi incoerentă în toate situaţiile. în acest fel, gândurile ei automate, care erau activate, dar nu au fost relatate în şedinţele anterioare, puteau deveni un domeniu

fertil de explorare, în timp ce gândurile deja prezentate, şi anume discutarea sensibilelor chestiuni sexuale, la un moment dat, cu o oarecare importanţă clinică, nu duceau, în mod real, către miezul problemei. De atunci înainte, Beck şi-a învăţat pacienţii să observe şi să relateze fluxul gândurilor nerelatate şi, astfel, a putut să-şi asigure prima bază de date pentru noua abordare a psihopatologiei şi psihoterapiei. Acest material brut a stat la baza construirii unei teorii a psihopatologiei şi, în acelaşi timp, a terapiei.

Aaron Beck, paraffazându-l pe Pasteur, presupune că, „în câmpul observaţiei, e recompensat acela care este pregătit să audă“ şi crede că în acel moment al evoluţiei sale, era probabil pregătit să acorde atenţie atât celor spuse de pacient, cât şi celor nespuse, acceptă, de asemenea, că poate a fost influenţat, fără să-şi dea seama, de începuturile revoluţiei cognitive în psihologie.

Negativitatea depresiei punea stăpânire pe sistemul de comunicare internă al pacienţilor - reprezentat de autoevaluare, atribuire, expectaţii, concluzii, evocare - şi se manifesta prin stimă de sine scăzută, auto- reproşuri, autocritică, predicţii negative, interpretări negative ale experienţelor, amintiri neplăcute. în situaţii ambigue, pacienţii depresivi erau, în mod special, înclinaţi să facă o interpretare negativă, atunci când una pozitivă părea mai adecvată; nu numai că ei amplificau experienţele lor neplăcute, dar etichetau ca negative experienţe personale pe care alţii le-ar fi considerat pozitive. Acestor observaţii li s-au adăugat şi altele. Beck a sesizat că există o varietate de erori în gândirea depresivă a pacienţilor, pe care le-a numit abstracţie selectivă, suprageneralizare, gândire dihotomică şi exagerarea aspectelor negative ale experienţelor personale. Mai departe, a observat că pacienţii depresivi tindeau să facă predicţii negative asupra unor sarcini concrete pe care le-ar fi putut întreprinde şi se aşteptau la rezultate proaste pe tennen lung, cu privire la viaţa lor, în general. Un nivel înalt al acestor expectaţii negative (disperare) părea să fie un factor predictiv pentru suicid. Aceste fenomene s-au dovedit a fi general valabile în toate tipurile şi subtipurile depresiei: reactivă (nonendogenă), endogenă, bipolară sau organică.

De asemenea, apăreau ori de câte ori simptomatologia depresivă era prezentă - indiferent dacă principalul diagnostic era depresia, schizofrenia sau altă boală.

Variatele teme negative ale materialului clinic furnizat de pacienţii depresivi s-au dovedit a se încadra în ceea ce Beck a numit mai târziu „triada cognitivă negativă“ din depresie. Pacienţii erau sub influenţa unei viziuni negative asupra propriei persoane, asupra propriului univers şi asupra viitorului lor. Indiferent dacă priveau spre trecut sau spre viitor, tot ceea ce puteau vedea era eşec, frustrare şi inadecvare personală.

Partea a Il-a: Stadiile timpurii ale cercetării (1959- 1962)

La absolvirea Institutului de Psihiatrie din Philadelphia, în 1956, Beck a decis să testeze câteva dintre ipotezele psihanalitice cu privire la depresie. Acesta părea un teren fertil pentru cercetare, de vreme ce ipotezele psihanalitice cu privire la depresie erau bine elaborate, general acceptate şi păreau testabile. în plus, o dată ce avea un număr mare de pacienţi cu depresie, în terapia psihanalitică, i se părea potrivit să investigheze această tulburare. Cea mai importantă ipoteză psihanalitică a fost cea elaborată de Freud în „Doliu şi melancolie“ (1946). Concret, Freud postulase faptul că depresia este o manifestare a agresivităţii retroflectate.

Cercetarea se axa asupra a două chestiuni, prima, unde trebuie căutată agresivitatea retroflectată şi a doua, cum se poate ea măsura. Freud spusese că visele sunt „calea regală spre inconştient“. în consecinţă, părea că acest tip de material ideativ va conduce investigaţia clinică. Mai mult, Saul şi Sheppard (1956) puseseră la punct o scală pentru cuantificarea agresivităţii în vise. Părea plauzibil că, dacă pacienţii depresivi erau plini de agresivitate ascunsă, visele ar putea fi un loc unde această agresivitate putea fi identificată.

Teoria agresivităţii retroflectate avea o parte plauzibilă. Mai întâi, se putea observa clinic faptul că pacienţii depresivi - cel puţin cei cu depresie severă - păreau să aibă mai puţină agresivitate conştientă şi să reacţioneze mai puţin, decât subiecţii fără depresie, la situaţii în care ar fi fost de aşteptat ca ostilitatea să crească. în al doilea rând, varietatea simptomelor depresive putea să conducă la formularea unei agresivităţi retroflectate: autocriticismul, pierderea plăcerii, incapacitatea de a se bucura de sursele obişnuite de satisfacţie, deprecierea imaginii de sine şi, în cele din urmă, dorinţa de a se sinucide.

Utilizând scalele pentru agresivitate dezvoltate de Saul şi Sheppard (1956), Beck a încercat să măsoare această variabilă în visele relatate atât de

subiecţii depresivi, cât şi de cei nedepresivi. în această fază incipientă a studiului pilot, a descoperit cu surprindere că pacienţii depresivi exprimă mai puţină agresivitate în visele lor, decât pacienţii fără depresie. Deşi pacienţii depresivi aveau mai puţine vise în care jucau un rol agresiv sau ostil, ei aveau preponderent vise în care erau victime ale unor evenimente neplăcute: erau înfrânţi, excluşi, dezamăgiţi, devalorizaţi etc.

O trăsătură izbitoare era faptul că pacienţii depresivi exprimau aceleaşi teme care apăreau în vise (dar într-o manieră mai puţin dramatică) şi în experienţele lor de peste zi. Pacienţii depresivi, prin contrast cu ceilalţi, aveau tendinţa de a se percepe ca fiind subiectul sau ţinta unui eveniment neplăcut. în general, tendinţa lor era de a se percepe rataţi în toate sensurile: pierduseră ceva de mare valoare, erau înfrânţi, neîmpliniţi, cumva separaţi de societate.

în scopul de a testa aceste descoperiri intr-un mod mai sistematic, Beck s-a angajat în două proiecte. în cel dintâi, a revăzut primele douăzeci de vise care i-au fost relatate în cursul terapiei psihodinamice de către 6 pacienţi cu depresie şi 6 fără depresie.

La momentul acela, încă adera la modelul psihodinamic al agresivităţii inversate, dar a schimbat un pic conceptualizarea. De vreme ce pacienţii depresivi îşi îndreptau agresivitatea chiar împotriva lor, aceasta nu putea fi trăită decât intr-un mod indirect. Agresivitatea lor inversată ar fi trebuit să se manifeste prin autopedepsire sau printr-o altă expresie a nevoii lor de a suferi. Suferind, ei s-ar fi pedepsit pe ei înşişi, iar aceasta s-ar traduce prin creşterea agresivităţii împotriva propriei persoane. Acest masochism ar fi trebuit să se manifeste prin autocriticism, respingere şi idei sui- cidare. Astfel, visele despre propria suferinţă - „visele ratatului“ - erau etichetate ca „masochiste“.

Beck a pregătit un manual pentru consemnarea viselor, cu exemple referitoare la cum vor fi ele înregistrate. Pentru că ştia deja diagnosticul în aceste cazuri, era necesar ca altcineva să consemneze visele, pentru a evita eventualele distorsiuni. Utilizând manualul de înregistrare, un colaborator al lui Beck a înregistrat orb o serie de douăzeci de vise a 6 pacienţi depresivi şi a 6 pacienţi fără depresie aflaţi în terapie şi a găsit o diferenţă semnificativă între cele două grupuri. Toţi pacienţii depresivi aveau mai multe vise masochiste, decât oricare dintre pacienţii fără depresie. Diferenţa era substanţială şi evidentă.

Pentru a susţine aceste descoperiri, era necesar să reproducă studiul pe un lot mult mai mare şi utilizând instrumente mai precise. A elaborat un sistem de diagnostic fiabil şi un chestionar pentru pacienţi [care a devenit „Beck Depression Inventory“ (Beck, Ward, Mendelson, Mock şi Erbaugh, 1961)]. A început apoi o serie de studii pentru testarea fiabilităţii diagnosticului printre clinicieni, încercând să obţină un acord cât mai larg asupra criteriilor, pentru a putea trece în etapa următoare a studiului. De îndată ce au avut o metodă mai performantă pentru diagnosticul clinic şi pentru determinarea profunzimii depresiei, utilizând metode clinice şi psihometrice, Beck şi echipa sa au fost gata să testeze ipotezele pe un lot mare de pacienţi.

în acest studiu, a fost inclus un lot de 210 pacienţi internaţi sau trataţi în ambulatoriu. Aproximativ o treime erau diagnosticaţi cu depresie severă, o treime, cu depresie moderată şi o treime, fără depresie. Au descoperit că puteau reproduce

descoperirile anterioare, şi anume că grupul de pacienţi cu depresie severă a relatat mai multe vise masochiste decât grupul fără depresie. Până în acest punct, investigaţiile păreau să se desfăşoare bine. Se părea că aveau cel puţin confirmarea preliminară a teoriei psihanalitice. Mai departe, era importantă abordarea ipotezelor de bază din mai multe perspective şi folosirea de tehnici diferite.

Studiul următor a fost un experiment controlat care a utilizat întărirea verbală a modelului recompensă - pedeapsă în relaţia interpersonală. în acest studiu, investigatorul îşi exprima, intr-un mod foarte subtil, aprobarea sau dezaprobarea faţă de subiect, când acesta utiliza anumite cuvinte în alegerea răspunsurilor dintr-un chestionar cu răspunsuri multiple. Ipoteza era că, de vreme ce pacienţii depresivi manifestă „nevoia de a suferi", ei vor învăţa repede răspunsurile pentru care sunt pedepsiţi şi mai greu răspunsurile pentru care sunt recompensaţi. Contrar aşteptărilor noastre, pacienţii depresivi s-au dovedit foarte sensibili la feedback. Ei au învăţat răspunsurile pentru care erau recompensaţi, mai repede decât pacienţii fără depresie, dar nu au recunoscut tipurile de răspunsuri pentru care erau „pedepsiţi", mai rapid decât cele pentru care erau recompensaţi.

Astfel, se întâmpla exact opusul a ceea ce se aşteptase A. Beck. A condus apoi alte câteva studii care au eşuat în confirmarea ipotezei „masochismului". Acestea au inclus investigarea amintirilor timpurii, precum şi răspunsurile la teste proiective. în încercarea de a pune cap la cap toate aceste descoperiri, el şi-a pus întrebarea: putem accepta viziunea simplistă, conform căreia conţinutul viselor, în loc să fie expresia unei nevoi profunde de pedeapsă sau a agresivităţii inversate, să fie doar reflectarea imaginii pacienţilor despre ei înşişi şi despre propriile experienţe?

Examinând descrierile pacienţilor referitoare la gândurile lor de peste zi, am realizat congruenţa clară dintre conţinutul acestor două fenomene diferite: visele şi gândurile automate. în felul acesta, cele două seturi de observaţii făcute convergeau. Gândurile automate negative ale pacienţilor reprezentau distorsiuni negative ale realităţii; visele lor reprezentau, în aceeaşi măsură, distorsiuni ale realităţii. De asemenea, exista o continuitate în conţinutul şi tematica acestor două tipuri de ideaţie. în stare de veghe, individul poate răspunde la un anumit eveniment cu un gând: „Sunt singur şi mă simt rău". în vis, acest concept va fi transpus în imagini şi, probabil, exagerat printr-o reprezentare a individului ca fiind complet singur, poate într-o zonă bombardată sau claustrat sau internat într-un spital, pe moarte. Printre gândurile lor automate, ar putea fi: „Nimeni nu mă place", „Nu fac doi bani", „Am pierdut totul", „Nimic n-o să-mi reuşească vreodată". Aceste gânduri sunt convergente cu conţinutul viselor.

Pacienţii nu erau pe deplin conştienţi de această perspectivă negativă, cu excepţia celor foarte deprimaţi. Beck mărturiseşte că, atunci când a înţeles aceste lucruri, a simţit că vede lumea cu ochii pacienţilor depresivi. Cu toate acestea, erau foarte conştienţi de fenomene mai evidente: sentimentul de plictiseală, tristeţea nemăsurată, incapacitatea de a se bucura de lucrurile care altă dată le făceau plăcere. înţelegând conexiunea dintre gândurile lor negative şi simptomele lor, depresia a devenit un lucru mai puţin misterios şi mai uşor de înţeles.

Această fază a descoperirilor a fost, din mai multe puncte de vedere, cea mai

tulburătoare experienţă din toată cariera lui Beck, după cum povesteşte acesta. Reunind visele, gândurile automate şi imaginile vizuale, el a reuşit să stabilească cu precizie semnificaţia evenimentelor din viaţa fiecărui pacient. Astfel, a reformulat conceptul de *nevroză* prin prisma modelului cognitiv:

a. Depresia este expresia viziunii negative a pacientului despre sine, despre viitorul său şi despre experienţele sale (triada cognitivă negativă).

b. Anxietatea reprezintă teama de întâmplări viitoare neplăcute.

c. Fobiile sunt temeri specifice faţă de ceea ce se poate întâmpla rău într-o situaţie determinată sau într-un complex de circumstanţe (de exemplu: a vorbi în public).

d. Tulburarea obsesiv-compulsivă înglobează frica de un eveniment neplăcut care s-ar putea întâmpla dacă pacientul nu ia măsuri preventive.

Modelul cognitiv şi terapia derivată din el ofereau o cale mai simplă, mai directă pentru sistematizarea şi înţelegerea datelor clinice, decât reuşea s-o facă psihanaliza. în plus, informaţiile puteau fi testate şi uşor de învăţat. Modelul cognitiv în formularea sa l-a stimulat să reexamineze teoria psihanalitică, aşa cum era ea acceptată prin anii ‘50. Diferenţa majoră dintre cele două modele constă în stabilirea primatului între cogniţie şi motivaţie. Modelul motivaţional care părea a fi central în teoria psihanalitică cerea o infrastructură complexă pentru a explica atât fenomenul tulburărilor psihice, cât şi comportamentul normal. De exemplu, de ce devin oamenii depresivi? Fvident, ei nu-şi doresc în mod conştient, să fie deprimaţi şi nici nu aplică în mod conştient anumite mecanisme pentru a ajunge în această stare.

Conform modelului motivational, trebuie invocate procese inconştiente. Freud s-a concentrat asupra agresivităţii inconştiente. Această ipoteză chiar funcţionează, dar numai dacă se interpun „mecanisme de apărare“ specifice între agresivitatea inconştientă şi trăirea şi manifestările depresiei. Conform acestei teorii, agresivitatea inconştientă era adesea îndreptată împotriva unei persoane iubite - chiar decedată fiind. Agresivitatea era inacceptabilă; la fel şi sentimentul de culpă stârnit de ea. în consecinţă, se întorcea împotriva sinelui. Cu alte cuvinte, presiunea agresivităţii era prea mare pentru a fi, pur şi simplu, reprimată. Era nevoie, astfel, de o ţintă - în acest caz, propria persoană.

Autoagresivitatea este responsabilă pentru dorinţele suicidare, auto- criticism, denaturarea relaţiilor sociale şi a propriului comportament, incluzând aici retragerea, anhedonia, autopedepsirea, precum şi afectarea funcţiilor biologice - apetitul, libidoul şi somnul. Totuşi, modelul cognitiv putea explica aceste fenomene într-o manieră mai simplă. Acesta implică identificarea proceselor conştiente şi putea să fie testat de pacient în cursul terapiei.

Beck mărturiseşte: „Cu cât am examinat mai mult psihanaliza, cu atât mai mult m-a izbit senzaţia de sistem închis“. Noţiunea de „împlinire a dorinţei“, ca funcţie a visului s-ar fi putut explica, de exemplu, dacă un părinte visa moartea copilului său, pentru că şi-a dorit-o. Teoria cognitivă ar fi propus ipoteza că părintele se teme să nu-i moară copilul.

De vreme ce teoria psihanalitică putea fi adaptată, astfel încât să explice aproape orice fenomen, ea nu putea fi falsificată. Era posibil să răsuceşti modelul, astfel încât să vii cu o altă explicaţie dacă o anumită formulare nu mergea. Există o asemenea diversitate şi bogăţie a explicaţiilor, încât oricând ceva putea fi extras pentru a explica o descoperire neaşteptată. Psihanaliza l-a izbit pe Beck şi ca sistem într-atât de închis, încât nu acorda prea multă atenţie lumii exterioare. Complexul oedipian, de exemplu, ca noţiune reprezentativă a determinismului psihic, modela reacţiile individului faţă de părinţi şi, ulterior, faţă de alte persoane. Noţiunea de *agresivitate* era, de asemenea, o formă de energie psihică, dezvoltată în timp, care apoi îşi găsea expresia în relaţiile interpersonale sub forma criticii sau atacului şi, la nivelul societăţii, lua forma violenţei sau războiului.

Partea a Il-a: Faza terapiei

Dacă depresivul are o viziune globală negativă, ce poate face terapeutul în acest sens? Poate el să reducă intensitatea suferinţei, modificând interpretările negative ale realităţii? Rezumatul a ceea ce pacienţii spuneau

că au învăţat în cadrul terapiei analitice cu Beck este următorul: au învăţat (a) să nu-şi ia gândurile drept realitate, (b) să gândească, nu să se pripească; să reflecteze înainte de a acţiona, (c) să recunoască faptul că exagerau semnificaţia unor evenimente; faptul că lucrurile nu erau atât de rele cum ar fi putut părea şi (d) faptul că adesea interpretau greşit intenţiile altora, mai ales ale partenerilor de viaţă. în timpul terapiei psihanalitice a acestor pacienţi, Beck parcursese un proces plictisitor de interpretare, ori de câte ori pacienţii aveau gânduri de acest tip - ei se aşteptau că, o dată ce au înţeles dinamica dificultăţilor lor, depresia se va ameliora. Atunci el s-a gândit la faptul că reconstituirea experienţelor din copilărie şi interpretarea conflictelor inconştiente s-ar putea să nu fie necesară. I s-a părut cu mult mai eficient să confrunte pacienţii cu distorsiunile lor de gândire şi să le arate cum să testeze realitatea acestora.

Pe măsură ce s-a produs schimbarea orientării lui Beck către terapia cognitivă, el a adoptat strategii pe care le utilizase în cercetare şi alte tehnici, împrumutate din terapia comportamentală, aflată în plină evoluţie pe-atunci. A aplicat următoarele principii:

1. Concentrarea atenţiei pacienţilor asupra interpretărilor lor negative, în aşa fel încât să nu le perceapă ca realităţi, ci ca gânduri sau ipoteze care puteau (a) să fie evaluate prin prisma unor argumente pozitive şi negative, utilizând deducţii logice, cu punct dc plecare în aceste argumente, explicaţii alternative sau (b) testate empiric. în acest fel, o pacientă care ajunsese la concluzia că nimănui nu-i păsa dc ea, trebuia întrebată caro este baza acestei concluzii. Apoi (dacă se dovedea că a interpretat greşit anumite situaţii), trebuia să i se ceară să-şi testeze concluziile în interacţiuni ulterioare (căutând argumente pro şi contra acestor ipoteze, stabilind criterii şi aplicând o analiză logică a datelor).

2. Convingând pacienţii să-şi examineze şi să-şi testeze ei înşişi gândurile automate (interpretările negative), a putut să comute felul lor de a gândi în termeni absoluţi („concluziile mele sunt absolut corecte“), într-un mod de gândire bazat pe întrebări („chiar sunt adevărate concluziile mele?").

3. Abordarea generală a lucrului cu pacienţii era de tipul „colaborare pe baze empirice“. Acest principiu i-a diminuat rolul autoritar faţă dc pacienţi, determinându-i pe aceştia să lucreze împreună cu el, cu terapeutul, pentru investigarea validităţii convingerilor lor. în timp, a devenit evident că această relaţie interpersonală era foarte importantă, mai ales în cazul pacienţilor cu tulburări de personalitate. De atunci, a acordat o importanţă din ce în ce mai mare stabilirii unei relaţii terapeutice bazate pe încredere reciprocă şi sensibilitate.

4. Pe la mijlocul anilor ’60, Beck se familiarizase deja cu terapia comportamentală şi adoptase multe dintre principiile ei. în mod specific, s-a concentrat asupra operaţionalizării fiecărei tehnici aparţinând terapiei cognitive - tot aşa cum comportamentaliştii făcuseră cu tehnicile lor. A aplicat „conceptul de rezolvare a problemei“, indiferent dacă dificultăţile pacientului se datorau gândirii (ex. distorsiuni cognitive), altor simptome depresive (lipsă de energie, tristeţe, dorinţe suicidare) sau unor „probleme externe“ - serviciu, casă. De exemplu, o strategie comportamentală numită „fixarea de sarcini graduale“, pentru a ajuta pacienţii să-şi controleze sentimentele lor de lipsă de energie, anhedonie şi dorinţa de a nu face nimic. Pe măsură ce pacienţii făceau un

pas către îndeplinirea unui scop, trebuiau încurajaţi să-l facă şi pe următorul, mai dificil. Scopul fiecărei sarcini, paşii clar definiţi pentru a atinge acest scop, feedback-ul furnizat şi criteriile pentru aprecierea atingerii scopului erau toate definite la început. Alte trăsături ale noii abordări includeau (a) stabilirea unei ordini de zi la începutul fiecărei şedinţe, (b) feedback-ul solicitat pacientului la intervale bine determinate, în timpul şedinţei şi la sfârşitul ei şi (c) stabilirea temei pentru acasă; citirea unor broşuri despre terapia cognitivă, realizarea activităţilor programate în fiecare zi şi consemnarea gândurilor disfuncţionale în formulare specifice. Pe măsură ce a abordat şi aplicat această abordare, Beck a fost mulţumit să vadă că starea pacienţilor începea să se îmbunătăţească aproape imediat şi mulţi nu mai aveau deja simptome în a şaptea şi a opta şedinţă. Făcând bilanţul rezultatelor obţinute, cam prin a douăsprezecea şedinţă, terapia putea fi încheiată - cu menţiunea că pacienţii urmau să revină pentru şedinţe de rapel, la început, lunar, apoi, semestrial. Cu cât se înmulţeau cazurile remise prin acest tratament, cu atât era mai clar că se reuşise punerea la punct a unei terapii scurte şi eficiente pentru depresie!

Dacă terapeutul poate formula corect un caz, el poate, atunci, să individualizeze tehnica ce trebuie folosită într-un caz dat, în conformitate cu propriul repertoriu de abilităţi şi cu nevoile pacientului. Formularea cazului trebuia să se bazeze pe o elaborare a teoriei originale şi să sublinieze rolul convingerilor profunde (ex. „Sunt prost“), al convingerilor condiţionate (ex. „Dacă oamenii ar şti cum sunt în realitate, m-ar respinge“) şi al strategiilor compensatorii („Dacă sunt drăguţă şi amuzantă, voi fi acceptată“). Beck a arătat cum reacţiile pacienţilor la diferite situaţii sunt modelate de convingerile profunde şi îi fac vulnerabili la anumite tipuri de stress.

Pentru a verifica dacă metoda lui se poate folosi şi de către alţi terapeuţi, Beck a întreprins un studiu intensiv la University of Pensylvania. A evaluat relativa eficacitate a terapiei cognitive şi a unui antidepresiv (clorhidrat de imipramină) în terapia a 41 de pacienţi cu depresie, trataţi în ambulatoriu. La sfârşitul studiului, terapia cognitivă s-a dovedit mai eficientă decât imipramina. Metodologia terapiei cognitive era specificată într-un manual de tratament de 100 de pagini, mai târziu publicat într-un volum. Terapeuţii erau supervizaţi săptămânal, sistematic, de către trei cli- nicieni experimentaţi. La sfârşitul tratamentului, amândouă grupurile arătau ameliorări semnificative statistic ($p < 001$) ale simptomatologiei depresive după propria apreciere, după aprecierea observatorilor şi a investigatorilor. Rata de răspuns pentru ambele tipuri de terapie depăşea răspunsul la placebo la pacienţii depresivi trataţi în ambulatoriu.

Pacienţii supuşi terapiei cognitive prezentau, în proporţie de 78,9 %, remisiune completă sau o ameliorare importantă, în timp ce doar 20 % dintre cei trataţi farmacologic prezentau un nivel similar al răspunsului terapeutic. Ambele tratamente au obţinut o ameliorare substanţială a anxietăţii, atât în aprecierea subiectivă, cât şi în cuantificarea acestora cu ajutorul scalelor. Urmărirea, în continuare, a pacienţilor care terminaseră studiul a arătat că, deşi mulţi dintre ei aveau o evoluţie marcată de reapariţia intermitentă a simptomatologiei, ambele grupuri arătau menţinerea beneficiilor terapeutice 12 luni de la încheierea acestuia. Totuşi, simptomatologia depresivă monitorizată de pacienţi era semnificativ mai scăzută pentru cei trataţi prin terapie cognitivă, decât pentru cei cu

tratament farmacologic.

în plus, în lotul tratat cu imipramină, rata cumulată a recăderilor era de două ori mai mare. Acesta a fost primul rezultat al unui studiu controlat care să demonstreze superioritatea oricărei intervenţii psihologice sau comportamentale asupra farmacoterapiei, în depresia moderată şi severă, la pacienţii trataţi în ambulatoriu. Un studiu efectuat mai târziu de grupul nostru compară efectele terapiei cognitive singure, în raport cu combinaţia terapie cognitivă-amitriptilină. Ambele grupuri au arătat o ameliorare clinică semnificativă şi substanţială. Şase luni mai târziu, această ameliorare se menţinea. Nu a fost obţinută nici o diferenţă semnificativă între cele două grupuri la terminarea tratamentului şi nici în această perioadă. Adăugarea amitriptilinei nu a crescut eficienţa terapiei cognitive. Keith Dobson (1989) a trecut în revistă rezultatele a 28 de studii controlate asupra depresiei unipolare. Au fost făcute 34 de comparaţii. Rezultatele la sfârşitul tratamentului erau semnificativ mai bune cu terapia cognitivă, comparativ cu o listă întreagă ce includea tratamentul medicamentos, terapia comportamentală sau diverse psihoterapii.

Alte aplicaţii ale terapiei cognitive au indicat utilitatea ei ▮▮ numai în depresie, ci şi în anxietatea generalizată, în tulburarea de panica, bulimia nervoasă şi în adicţiile la heroină. Studiile preliminare au demon 1ıut, de asemenea, eficienţa acestei abordări în tratamentul delirurilor la pacienţii cu schizofrenie cronică. în 1976, Beck şi-a pus întrebarea: „Poale o temple atât de tânără să concureze giganţii din acest domeniu - psihanaliza si terapia comportamentală?“. Se pare că cercetarea efectuată în ultimele patru decenii sprijină modelul cognitiv al depresiei şi, într-un grad din ce în ce mat înalt,

modelul cognitiv al tulburărilor de panică, al tulburării anxioase generalizate, al tulburărilor alimentare şi al tulburărilor de adicţie. Studiile clinice indică utilitatea terapiei cognitive într-o gamă largă de tulburări, în special, în depresie, tulburări anxioase şi tulburări alimentare.

Pentru aprecierea eficienţei terapiei cognitive asupra unei game mai largi de tulburări psihopatologice, sunt necesare alte studii sistematice. Apariţia manualelor de tratament care încorporează conceptualizări cognitive specifice şi strategii congruente pentru condiţii atât de diferite cum sunt tulburările delirante şi cele adictive au construit deja temelia pentru aceste studii. Deşi Beck subliniază în încheiere că terapia cognitivă şi-a demonstrat capacitatea de a „zbura prin propriile forţe", arată că totuşi rămâne de văzut cât de departe şi pentru câtă vreme.

Sfidesea, progresul ştiinţific a presupus încălcarea unor reguli în cadrul unui sisfem teoretic. Care anume a fost demersulpe care Sfiaron 'Seck a riscat sa îl facă împotriva regulilor asociaţiei libere şi ce efecte a avui elf

fi/

SRaron c8eck descrie două moduri de gândire, unul conversaţional şi altul aparţinândpropriului sistem de semnalizare, 'ridaţi exemple de gânduri generate de ambele moduri de gândire, cu aplicaţii pentru diverse patologii şi situaţii dificile. (3e discută despre rolul important al auto-monito- rizării, auto-inslruciajului, auto-avertizării în influenţarea afectelor şi

s/

comportamentelor.

Care au fost descoperirile lui ffiaron cBeck în cursul cercetărilor desfăşurate pentru a verifica ipoteza psihanalitică a agresivităţii reirofleclate în cazurile de depresie1

Terapia cognitivă (2)

Conform modelului explicativ al depresiei, gândurile disfuncţionale îşi au originea în schemele cognitive negative (postulate disfuncţionale) timpurii, dobândite în relaţiile semnificative din copilăria mică şi de mai târziu. Potrivit considerentelor lui Beck, gândurile negative nu apar neapărat după instalarea depresiei, ci că ele, gândurile disfuncţionale, au o anumită prioritate temporală în psihogeneza depresiei, iar aceasta este rezultatul final al unor variabile complexe biologice, sociale, educaţionale etc. Modelul explicativ al depresiei propus de Beck este valabil şi pentru alte afecţiuni psihice, în care cogniţiile interacţionează complex cu stările afective şi comportamentale.

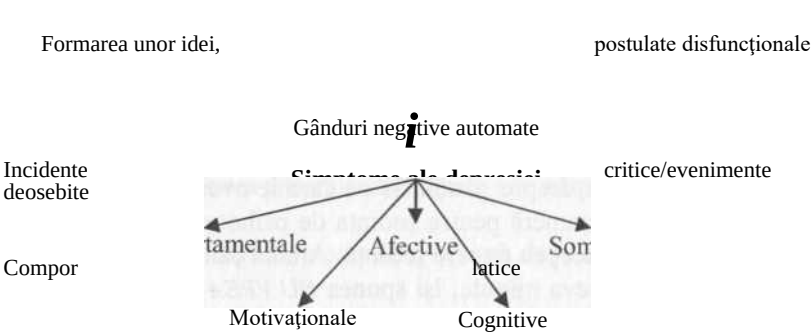


Figura 10.1. Modelul cognitiv al depresiei

ri'.

c5e exersează cu grupa de studenţi, în echipe de câte doi, penlru identificarea, în cazuri personale, a legăturii dintre diverse simptome de tip depresiv şi gândurile automate asociate simplomelor. c5e caută în trecut antecedentele probabile ale acestor gânduri automate.

Pregătirea pacientului pentru terapia cognitivă

în vederea iniţierii terapiei cognitive, este necesar ca: (1) pacientul să înţeleagă natura tratamentului cognitiv şi motivul pentru care el este ales şi (2) pacientul să fie pregătit de către terapeut să facă faţă fluctuaţiilor nivelului depresiei de-a lungul tratamentului.

Terapeutul pregăteşte pacientul pentru terapia cognitivă în cea mai mare parte din prima şedinţă şi, eventual, şi în cea de-a doua. El discută, defineşte şi dă exemple de cogniţii disfuncţionale sau gânduri automate. De exemplu, de-a lungul primei şedinţe, terapeutul descrie relaţia dintre gânduri şi sentimente. Putem ajuta pacientul să înţeleagă mai bine această legătură, folosind un exemplu concret despre felul în care gândirea influenţează starea afectivă. Mai jos, este un astfel de exemplu de discurs adresat noului pacient, adaptat după Aaron Beck.

> „Felul în care oamenii interpretează evenimentele determină felul în care ei simt vis-à-vis de acele evenimente. De exemplu, unul dintre pacienţii care a terminat recent terapia îmi povestea despre gândurile pe care le avea atunci când aştepta în anticameră pentru şedinţa de psihoterapie. El observa atent când începea fiecare şedinţă. Atunci când întârziam chiar şi pentru câteva minute, îşi spunea *NU VREA SĂ MĂ VADĂ!* Şi se simţea trist. Când începeam mai devreme şedinţa cu el, îşi spunea *CU SIGURANŢĂ, SUNT UN CAZ GRAV, DACĂ ÎMI ALOCĂ MAI MULT TIMP PENTRU A MĂ AJUTA* şi se simţea înspăimântat. Dacă eram punctual, îşi spunea TERAPEUTUL ĂSTA LUCREAZĂ CA ÎNTR-0 FABRICĂ. SUNT DOAR UN CAZ,

PRINTRE ATÂTEA ALTELE, PENTRU EL şi se simţea iritat. După cum puteţi vedea, nu avea importanţă când îmi începeam şedinţa: mai devreme, mai târziu sau chiar la timp. în toate situaţiile, pacientul de care vă spun avea gânduri negative despre terapie şi aşteptări negative legate de persoana lui.

Treptat, acest pacient a sesizat legătura dintre gândirea lui negativă şi sentimentele neplăcute. După ce a învăţat să depisteze şi să descrie gândurile negative, el şi-a dat seama că aceste gânduri negative erau nerealiste. Cu timpul, când trăia aceste stări negative în sala de aşteptare, a început să îşi corecteze acele interpretări negative. Pe măsură ce îşi corecta inferenţele arbitrare, stările afective negative dispăreau".

în legătură cu fluctuaţiile şi recăderile simptomelor, este important ca, de-a lungul primului interviu, terapeutul să se intereseze de aşteptările pacientului cu privire la tratament. Unii pacienţi se aşteaptă la un miracol şi sunt susceptibili de a trăi mari dezamăgiri când acest lucru nu se întâmplă. Alţii, dezamăgiţi deja de ineficienţa unor tratamente anterioare, pot crede că terapia nu va avea rezultate de durată. Drept consecinţă a unor astfel de aşteptări, aceşti pacienţi au tendinţa să interpreteze orice intensificare a simptomelor lor într-un mod exagerat. Terapeutul trebuie să-i arate pacientului că evoluţia absolut firească a depresiei are urcuşuri şi coborâşuri. Mulţi nu îşi îmbunătăţesc substanţial starea timp de câteva săptămâni. Terapeutul îi face să înţeleagă că, şi în această situaţie, aşteptarea ameliorării este raţională, justificată şi că amândoi trebuie să fie pregătiţi pentru exacerbarea şi intensificarea simptomelor. Orice recădere trebuie fructificată ca o excelentă oportunitate pentru depistarea factorilor specifici care conduc la asemenea stări. Pacientul trebuie motivat să folosească aceste ocazii, pentru întărirea propriilor abilităţi de a se adapta, a face faţă.

Alterările cognitive care stau la baza depresiei au trei niveluri:

1. Nivelul cogniţiilor. Acestea sunt gânduri automate, un fel de monolog interior specific pacienţilor depresivi. Aceste gânduri sunt involuntare, repetitive, plauzibile. Gândurile automate negative au fost sistematizate de A. Beck într-o triadă cognitivă:

despre *sine* (Nu sunt bun de nimic);

despre *prezent* (Sigur nu îmi iese bine ceea ce fac acum) şi

despre *viitor* (Nu cred că voi avea vreo şansă să iau acest concurs).

2. Nivelul proceselor cognitive. Suprageneralizarea este ridicarea la nivelul de regulă generală a unei experienţe negative izolate. De exemplu, după o întâlnire cu grapa de colegi în care nu te-ai simţit în largul tău, îţi spui „nu am destule calităţi pentru a-mi face prieteni".

Abstracţia selectivă este acordarea de atenţie deosebită unui detaliu negativ, fără să se ţină cont şi de restul elementelor din care a fost extras detaliul respectiv. După ce ai luat o notă mai mică, deşi ai şi note mari, spui „eu nu am note bune".

Inferenţa arbitrară este un raţionament fără premise fundamentate, de cele mai multe ori, o lectură a gândurilor. De exemplu, atunci când nu ai fost numit pentru o anumită activitate la serviciu, îţi spui „şeful nu mă crede în stare să lucrez şi eu în acest proiect".

Personalizarea este credinţa individului că alţii se comportă negativ din cauza sa, credinţă formulată fără să ţină cont şi de alte posibile explicaţii: „Educatoarea de la grădiniţă s-a purtat urât cu fiul meu pentru că eu am greşit cu ceva faţă de ea".

Maximizarea / minimizarea are loc atunci când, evaluând situaţia ta sau realizările tale, exagerezi nemăsurat laturile negative şi diminuezi, nejustificat de mult, aspectele pozitive, meritele: „O notă mică dovedeşte cât sunt de slab, iar o notă mare nu înseamnă că aş fi bun, deştept".

La acestea, se adaugă:

- stilul de gândire dihotomic în termeni de *totul sau nimic.* Vezi situaţia în două categorii posibile, în loc să o vezi ca pe un continuum: „Dacă nu voi fi primul, va fi un eşec".

- autocomenzile imperative, atunci când ai idei precise despre cum ar trebui să te comporţi tu sau alţii şi când supraestimezi gravitatea faptului de a nu se respecta acele standarde: „trebuie să realizez acest proiect fără nici o greşeală". [9]

9 *Nivelul schemei cognitive.* Schema cognitivă este o structură cognitivă sensibilă, intolerantă; se mai numeşte şi postulat silenţios sau atitudine disfuncţională şi precede primele două niveluri. Beck şi Weissman realizează, în 1978, *Scala de atitudini dis-*

funcţionale (DAS) cu 40 dc itcmi. Ea cuprinde şapte clase de scheme depresogene (cf. Dafinoiu, 2005, p. 66): aprobarea, dragostea, reuşita, perfecţionismul, exigenţa, omnipotenţa şi autonomia. în practică, acest chestionar are o dublă utilitate: mai întâi, scorul total indică vulnerabilitatea, riscul de a dezvolta o patologie depresivă şi, în al doilea rând, evidenţiază unele scheme cognitive care vor fi ţinta intervenţiei terapeutice.

Stilizaţi scala de atitudini disfuncţionale de mai jos (hleiss- man & cBeck, 191&. cf. fhouvard şi Cottraux, 1996). răspunzând individual la fiecare dinfre cei 40 de ilemi. Răspundeţi. ulilizând o scală likerl de la 1 la 7, unde 1 înseamnă dezacord total, iar 7, acord total, ^finalizaţi apoi. în echipe de câte doi, răspunsurile la care aveţi scor mare. identificând astfel tipul cel mai frecvent de atitudine disfuncţionată care vă este propriu, Rden- tificaţi în ce măsură rezultatul obţinut este surprinzător pentru voi sau. dimpotrivă, vă recunoaşteţi în el.

SCALA DE ATITUDINI DISFUNCȚIONALE

1. Este dificil să fii fericit dacă eşti frumos (frumoasă) / inteligent(ă).
2. Confortul interior ţine mai mult de ceea ce gândesc eu despre mine decât de ceea ce alţii gândesc despre mine.
3. Aş scădea în ochii celorlalţi, dacă aş face o greşeală.
4. Dacă nu voi reuşi totdeauna, oamenii nu mă vor respecta.
5. Asumarea unui risc, chiar minor, este fără rost, deoarece pierderea poate echivala cu un dezastru.
6. Este posibil să obţii respectul cuiva, fără a avea o calitate anume.
7. Nu pot să fiu fericit(ă), decât în măsura în care majoritatea oamenilor care mă cunosc mă admiră.
8. Dacă o persoană cere ajutor este un semn de slăbiciune.
9. Dacă nu fac la fel de bine ca ceilalţi, înseamnă că sunt o fiinţă inferioară.
10. Dacă am eşecuri în munca mea, sunt un ratat.
11. Dacă nu poţi face bine un lucru, este inutil să-l mai faci.
12. Este bine să faci greşeli, pentru că poţi învăţa din ele.
13. Dacă cineva este în dezacord cu mine, aceasta înseamnă că nu mă iubeşte.
14. Dacă am un eşec parţial este ca şi cum aş eşua complet.
15. Dacă ceilalţi ar şti ceea ce suntem cu adevărat, ar avea mai puţină consideraţie pentru noi.
16. Dacă o persoană pe care o iubesc nu mă iubeşte sunt un nimic.

17. Se poate obţine o stare plăcută într-o activitate, indiferent de rezultatul obţinut.

18. Oamenii ar trebui să aibă şanse rezonabile de succes, înainte de a întreprinde ceva.

19. Valoarea mea ca persoană depinde, în mare măsură, de ceea ce ceilalţi gândesc despre mine.

20. Dacă în viaţa mea nu-mi fixez scopurile cele mai înalte, risc să sfârşesc ca „persoană de categoria a doua".

21. Pentru a deveni cineva valabil, trebuie să fiu cu adevărat excepţional, cel puţin într-un domeniu.

22. Oamenii care au idei bune sunt mai valabili decât cei care nu au.

23. Dacă fac o greşeală, sigur trebuie să fiu bulversat (întors pe dos).

24. Părerea mea despre mine este mai importantă, decât părerea pe care o au ceilalţi despre mine.

25. Pentru a fi o persoană bună, morală, valabilă, trebuie să ajut pe oricine se află la nevoie.

26. Dacă pun o întrebare, am aerul de a fi inferior.

27. Este groaznic să fii dezaprobat de persoane importante pentru tine.

28. Dacă nu poţi avea sprijinul celorlalţi, eşti în continuare trist.

29. Pot să-mi ating scopurile importante, fără a mă pune într-o stare de sclavie.

30. Sunt persoane care pot avea o dispută (ceartă), fără ca aceasta să-i bulverseze (să-i întoarcă pe dos).

31. Nu pot să mă încred în ceilalţi, deoarece ar putea să-mi facă rău.

32. Dacă ceilalţi nu te iubesc, nu poţi să fii fericit.

33. Este preferabil să-ţi uiţi propriul interes pentru a face plăcere celorlalţi.

34. Fericirea mea depinde mai mult de alţii, decât dc mine.

35. Nu am nevoie de aprobarea celorlalţi pentru a fi fericit.

36. Dacă se evită problemele, acestea dispar.

37. Pot să fiu fericit, chiar dacă îmi lipsesc multe lucruri valoroase în viaţă.

38. Ceea ce gândesc ceilalţi despre mine este foarte important.

39. A fi izolat de ceilalţi sfârşeşte, cu certitudine, prin nefericire.

40. Pot să-mi găsesc fericirea, liniştea, fără a fi iubit de cineva anume.

Etapele terapiei cognitive pentru depresie vor fi aprofundate cu ajutorul lucrării *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici* (Dafi- noiu şi Vargha, 2005, pp. 69 - 83). Aici vor fi trecute în revistă doar succint:

Ah

¥ *Explicarea demersului terapeutic pacientului.* Este esenţial ca pacientul să înţeleagă legătura puternică între gândurile sale în anumite împrejurări şi starea afectivă din acele momente. De asemenea, el va fi convins că felul în care gândeşte este un automatism pe care, printr-un proces care presupune efort în cadrul terapiei, îl va putea destructura şi, în loc de gânduri automate de acelaşi tip, va învăţa să genereze multiple

alternative adaptative la nivelul gândirii.

¥ *Observarea gândurilor automate.* Gândurile automate se monitorizează greu, pentru că sunt atât de plauzibile (pe lângă faptul că apar spontan, involuntar), încât este dificil ca cineva să se îndoiască de veridicitatea lor şi să le catalogheze despre inadecvate sau disfuncţionale sau nerealiste. De aceea, sunt necesare câteva şedinţe, pentru a ne asigura că pacientul a învăţat să îşi sesizeze singur gândurile negative. Această observare a cogniţiilor se poate realiza în cursul terapiei, prin răspunsuri la întrebări directe, utilizând inclusiv metoda chestionarului, prin vizualizarea mintală a unor situaţii dificile şi discutarea lor în cabinet, prin jocul de rol, în care situaţia este reluată şi adusă în scenă în cabinet.

¥ *Autoînregistrarea gândurilor automate.* Efortul de sistematizare logică a gândurilor în procesul transcrierii şi faptul că, odată scrise, ele pot fi analizate logic, creşte probabilitatea ca pacientul să le invalideze. Dacă la începutul terapiei, pacientul nu îşi pune probleme în legătură cu validitatea gândurilor sale, el devine tot mai capabil de o judecată critică asupra propriilor gânduri, pe măsură ce terapia avansează.

Data (ora)	Situaţie	Emoţii	Gânduri automate
13 oct. 2009	In drum spre întâlnirea cu o fată care îmi place	tristeţe	„îmi spun că această întâlnire nu are rost, că sigur ei nu îi place de mine...“

Confruntarea cu realitatea. Terapeutul, în colaborare cu pacientul, confruntă predicţiile implicate de gândurile automate cu realitatea (ex. „Nu cumva mă condamn în baza unui singur eveniment?“). Astfel, pacientul ajunge tot mai conştient de acele aspecte ale realităţii pe care le-a neglijat, nu le-a luat în calcul, erorile de procesare a informaţiei pe care le-a făcut.

Producerea de răspunsuri alternative. Obiectivul restructurării cognilivc este să îl conducă pe pacient la o mai bună capacitate de elaborare logică a răspunsurilor, o mai mare flexibilitate

în gândire. De aici încolo, foaia de înregistrare a gândurilor va cuprinde următoarele rubrici: data, situaţia, emoţiile, gândurile disfunc- ţionale asociate, gândurile raţionale posibile. în general, întrebarea tipică pentru acest proces este „Cum altfel aş putea gândi într-o astfel de situaţie?“ sau „Ce altceva aş putea gândi?“ sau „Cum altfel ar gândi altcineva, dacă ar trăi o astfel de situaţie?“

Autoevaluarea gândurilor şi a emoţiilor. Această tehnică are ca scop să-i arate pacientului că, pe măsură ce terapia avansează, gradul său de încredere în propriile gânduri automate negative scade.

c5e discută etapele terapiei cognitive şi se fac diverse aplicaţii în jocuri de rol pornind de la situaţii reale şi cogniţii personale. c5e exersează, astfel, realizarea. împreună cu

s/

„pacientul. a fişei de înregistrare a gândurilor în terapia cognitivă.

Parcurgem dialogul terapeut - pacient de mai jos. identificăm tehnicile cunoscute aplicate de terapeut, despre care am studiat în cadrul temelor parcurse până astăzi.

i": Ce înseamnă că vă este frică atunci când vă gândiţi să intraţi într- un magazin ?

H: Hcum un an, am fost la magazinul H. Hm intrat în panică şi am ieşit repede afară, inima îmi bătea cu putere şi m~am grăbit să plec.

CT: idă aşteptaţi ca acest lucru să se întâmple din nou?

9; Ha.

H.Jfa ce anume vă gândiţi acum, când anticipaţi posibilitatea de a intra în magazin?

CP: idă gândesc imediat că nu aş putea sa mă descurc.

H: Hă amintiţi că aţi intrat atunci în panică şi credeţi că s-ar întâmpla întotdeauna la fel. Dacă ar fi să intraţi acum în magazin, vă aşteptaţi să fiţi cuprinsă de panică?

c/): ilu ştiu, poate că nu, dar mă tem să încerc din nou.

P înţeleg. Păsaţi-mă să cunosc mai bine experienţa pe care aţi trăil-o alunei când aţi simţit panica. Povestiţi-mi ce aţi simţii alunei.

[C]P: Pa. am simţii că inima îmi bate fol mai repede şi am simţii o greutate aici (arată spre abdomen).

P: Pă amintiţi ce s-a întâmplat apoi?

P: Ppoi m-am gândii ca nu voi face faţă.

P: Ce aţi făcut atunci?

P: PI-am speriat foarte tare, m-am temut că nu voi mai putea ieşi sau că voi leşina şi am fugit repede afară.

P: Jfa ce o-aţi gândit în momentul în care a începui panica şi aţi' ieşit afară din magazin?

P: Pl-am gândii că, dacă aş leşina, dacă aş cădea, oamenii ar crede că sunt nebună.

P: Pe fapt, acest lucru s-a întâmplat?

P: Piu, niciodată nu am leşinai.

P (Cunteţi de acord cu faptul că, prin felul în care aţi gândit atunci, aţi adăugat mai mult la frica dumneavoastră? Pdică aţi simţii situaţia mult mai catastrofală din cauza gândurilor care o-au trecut atunci prin minte? Ce spuneţi.?

P: (ftiţi, pe mine mă îngrijorează orice lucru, orice senzaţie din corpul meu.

P. 9iş vrea să facem o distincţie între felul în care se manifestă iniţial anxietatea dumneavoastră în orice moment şi ceea ce se adaugă la această experienţă iniţială, din cauza lucrurilor pe care vile spuneţi, din cauza felului în care gândiţi atunci.

P: Pa...

P 6/ bine, am observat că pacienţii care înţeleg că simplomele lor fizice se datorează anxietăţii şi că ele nu le pot face foarte mult rău, încep să accepte aceste simplome şi să le suporte mai relaxaţi. 67 ajung să înţeleagă că îngrijorarea lor cu privire la aceste simplome le transformă anxietatea în panică.

P: Cred că am înţeles ce vreţi sa spuneţi.

P: Pţiputea să intraţi în magazinul 9f pentru puţin timp, să observaţi dacă sunteţi capabilă să suportaţi experienţa anxietăţii şi, de asemenea, să

observaţi care suni gândurile pe care le adăugaţi alunei senzaţiilor şi sentimentelor dumneavoastră?

[C]P: ştiu, nu sunt sigură că aş putea suporta, daca inima începe să o ia la goană. Cred că aş intra în panică.

[C]7; nJad că aşteptarea dumneavoastră este să intraţi în panică. [C]Ureţi să verificaţi dacă aţi putea intra, dacă puteţi suporta anxietatea şi dacă experienţa pe care o veţi avea va fi diferită de ceea ce aşteptaţi? (fi, de asemenea, să remarcaţi ce gânduri se adaugă la ceea ce simţiţi deja.

1$/

[C]P: [C]l)oi încerca...

C5e identifică, în textul de mai sus, dialogurile în care terapeutul face prescripţii comportamentale de lipul expunerii la stimulul anxiogen, precum şi tehnici cognitive de lipul explicarea demersului terapeutic, observarea gândurilor automate, confruntarea gândurilor negative automate cu realitatea.

Tema 11

Terapiile scurte, centrate pe soluţii

5/ *Studenţii se organizează pentru jocul de rol care urmează, în cupluri pacient - terapeut. Terapeutul va dirija discuţia, utilizând întrebările din partea 3. Dlunci când profesorul va anunţa trecerea la partea a doua a dialogului, terapeutul se va adresa pacientului cu întrebările din partea a doua.*

I 1. Qândeşle-te acum la atitudinile şi reacţiile tale comportamentale, afective, cognitive. Care este caracteristica ta care te nemulţumeşte cel mai mult în prezent?

2. Gvocă măcar un eveniment în care problema precizată anterior a fost trăită mai intens decât de obicei.

3. Care crezi că este cauza acestei probleme?

4. Descrie în cât mai multe detalii felul în care a începui manifestarea acestei însuşiri.

3. Care sunt lucrurile pe care le gândeşti despre tine, atunci când această caracteristică a la îţi provoacă neplăceri?

II 1. Qândeşle-fe la persoane care nu au caracteristica despre care ai vorbii anterior. Ce avantaje au aceste persoane, în comparaţie cu line ?

2. Dacă mâine ai scăpa de această caracteristică, în ce fel le-ai simţi?

3. Care ar fi primele lucruri pe care le-ai face?

4. Cum şi-ar da seama cei apropiaţi de schimbare?

5. Ce anume vei gândi despre line, alunei când nu vei mai avea caracteristica respectivă?

6. Sfiu existai şi situaţii în care caracteristica respectivă nu s-a manifestai

fi/

(Sunt discutate cu studenţii din rolurile de pacienli, cele doua etape ale dialogului, sub aspectulparticularităLilor experienţei trăite. Se urmăreşte evidenţierea diferenţelor dintre terapiile centrate pe problemă şi pe trecut (întrebările tipice au fost în partea I) şi cele orientate pozitiv spre viilor şi identificarea de soluţii (întrebările din partea a Il-a a exerciţiului).

Conceptul de *psihoterapie scurtă* este unul recent, care nu delimitează neapărat durata sau numărul de şedinţe de psihoterapie. El indică o practică mai limitată ca durată, în comparaţie cu psihanaliza, care a fost, până la mijlocul secolului XX, metoda terapeutică dominantă, ce menţinea pacientul în cură terapeutică pe parcursul câtorva ani. Cu toate acestea, psihoterapiile scurte apar chiar în interiorul domeniului psihanalizei, sub forma psihoterapiilor dinamice de scurtă durată. Nu preferinţa pentru un anumit tip de abordare teoretică a terapiei caracterizează terapiile scurte, ci, pur şi simplu, limitarea duratei intervenţiilor. Multe şcoli terapeutice şi-au dezvoltat propria variantă scurtă, dacă nu s-au dezvoltat de la bun început ca terapii scurte, dar încadrarea după criteriul duratei terapiei nu prezintă nici o relevanţă din perspectiva tehnicii, temelor abordate sau obiectivelor urmărite (Dafinoiu şi Vargha, 2005, p. 160).

Walter şi Peller (1992) furnizează, prin intermediul unui manual de terapii scurte centrate pe soluţii, elemente de training pentru profesioniştii care vor să lucreze într-un timp mai scurt, fără să pună accent pe aspecte patologice, ci într-o manieră pozitivă.

Tradiţia psihanalitică şi psihiatrică s-a centrat pe *cauza problemei.* Dacă era vorba despre un conflict nerezolvat, atunci o terapie de susţinere era desfăşurată pentru a evidenţia conflictul şi a-l interpreta, astfel încât să fie rezolvat. Dacă era diagnosticat un dezechilibru chimic, atunci era prescris un tratament medicamentos. în jurul anilor ’50, în secolul XX, odată cu naşterea ciberneticii, creatorii de modele terapeutice au început să formuleze altfel de întrebări decât cele

legate de cauzele problemelor. Principala întrebare a devenit acum *„Ce anume menţine problema?* ". Cele mai multe direcţii terapeutice nou apărute, în special cele sistemice, răspundeau la această întrebare, descriind *patern-uri* de interacţiune, de gândire sau de comportament, care menţin problema, care ar putea fi restructurate şi modelate în diferite moduri. In ultimele decenii ale secolului XX, apare o întrebare nouă şi diferită de cele de până atunci, şi anume *„Cum să construim soluţiile*?". Este evident că această întrebare are o serie de presupoziţii: există soluţii, există mai multe, nu doar una singură, soluţiile se pot construi, terapeutul împreună cu clientul le pot construi, soluţiile pot fi, mai degrabă, construite sau inventate, decât descoperite şi procesul de construire de soluţii poate fi modelat şi articulat.

Walter şi Peller descriu cele 12 postulate care stau la baza unei practici terapeutice pozitiv orientate spre viitor şi spre soluţii:

1. Focalizarea pozitivă spre soluţie şi viitor facilitează schimbarea în direcţia dorită. De aceea, orientaţi-vă convorbirea mai mult către soluţie, decât către problemă.

2. Pot fi create excepţii de la orice problemă de către terapeut şi client şi acestea pot fi utilizate la construirea de soluţii.

3. Schimbarea se produce în permanenţă.

4. Schimbările mici conduc la schimbări mai mari.

5. Clienţii sunt întotdeauna cooperanţi. Ei ne arată ce cred ei despre felul cum se poate produce schimbarea. în măsura în care noi înţelegem felul în care gândesc ei şi acţionăm adecvat în consecinţă, cooperarea este inevitabilă.

6. Oamenii au resursele necesare pentru a rezolva propriile lor probleme.

7. Semnificaţiile acordate experienţelor şi experienţele propriu-zise se construiesc interactiv.

8. Acţiunile şi descrierile sunt circulare. Există o relaţie circulară între felul în care sunt descrise problemele şi scopurile şi acţiunile realizate, descrierile acestor acţiuni ş.a.m.d.

9. Semnificaţia mesajului tău este chiar răspunsul pe care îl primeşti. Dacă răspunsul de la pacient nu este ceea ce considerăm că ar fi util, atunci semnificaţia lui este că va trebui să facem ceva diferit în comunicare.

10. Terapia este un proces centrat pe soluţie, avându-l pe client drept expert.

11. Orice modificare în felul în care clientul descrie un scop (o soluţie) sau în felul în care el acţionează afectează viitoarele interacţiuni cu ceilalţi.

12. într-o terapie de grup, membrii grupului sunt cei care împărtăşesc acelaşi scop şi dorinţa de a face ceva pentru îndeplinirea lui.

Walter şi Peller (1992, pag. 35, 36) sugerează celor care învaţă să lucreze în manieră pozitivă, centrată pe soluţii şi scopuri, să exerseze această abordare, suspendând temporar propriile credinţe. Ulterior, după ce vor sesiza facilităţile unui astfel de tip de abordare, pot decide ei înşişi cât de mult vor să încorporeze aceste principii în munca lor şi în ce fel. Genul acesta de abordare funcţionează practic cu orice persoană, indiferent de problemă, atâta timp cât este în măsură să îşi fixeze un

s/:

obiectiv.

SAlegeţi un coleg cu care să exersaţi un scurt dialog asupra unei probleme pentru formularea unui scop terapeutic. înregistraţi în scris. în final, scopul terapeutic pe care aţi consimţit să îl formulaţi. Citiţi mai jos caracteristicile unui scop bine definii şi analizaţi, punct cu punct, măsura în care scopul vostru corespunde acestor cerinţe. Produceţi sistematic modificările care să îl aducă la o formă adecvată, conform criteriilor.

Spre deosebire de alte abordări, abordarea terapeutică centrată pe soluţie se preocupă exclusiv dc ceea ce stabileşte clientul că vrea să facă şi niciodată de ceea ce consideră terapeutul că ar trebui să vrea clientul. Walter şi Peller consideră că nu doar noţiunea de obiectiv este esenţială în procesul terapeutic, ci şi aplicarea anumitor criterii pentru dezvoltarea scopului; şi ei descriu (1992, pp. 53 - 59) cele şase caracteristici ale unui scop bine definit, după cum urmează: [10]

---

10 Formulare pozitivă. Prin această cerinţă, nu se indică vreo judecată de valoare care s-ar putea face asupra scopului (rău sau bun, moral sau imoral), ci doar forma lui pozitivă din punct de vedere gramatical. Aceasta înseamnă că scopul se va referi mai curând la ce va face sau ce va gândi clientul, decât la ce nu va face sau nu va gândi el.

zentări asupra scopului este absolut necesară. Această reprezentare poate fi ori una vizuală, ori una auditivă, poate consta în cuvinte sau sentimente sau senzaţii. Reprezentarea va include unele sau chiar toate aceste elemente, iar ce este mai important este că lucrul reprezentat trebuie *să fie* ceva, mai curând, decât absenţa a ceva.

Unul dintre neajunsurile generate de centrarea pe problemă este un efect inerent de accentuare a problemei. Clientul, vorbind despre problema sa, are şi o reprezentare a problemei. Cu cât vorbeşte mai mult despre problema sa, cu atât trăieşte mai intens sentimentele legate de acea problemă şi dezvoltă noi imagini ale problemei. Atunci când clientul subliniază o reprezentare negativă, este recomandat ca noi să îl dirijăm spre formulări pozitive. De exemplu, dacă spune „Nu vreau să mă îndepărtez de soţul meu“, întrebarea noastră ar trebui să fie:

„Şi atunci, ce aţi vrea să faceţi?“.

Astfel, clientul se va gândi altfel, într-o formă pozitivă, la ceea ce va face sau la ceea ce va gândi.

" J 2. în termeni care prezintă acţiuni. Scopul trebuie formulat ca şi când ar descrie un proces dinamic, un fel de film, mai curând decât o pictură. întrebări de tipul:

„Cum te vei comporta?“ sau

„Ce vei face?“

sunt de natură să determine, la client, un răspuns în termeni procesuali, în termeni de acţiuni şi nu doar imagini statice sau etichete abstracte. De exemplu, în loc să spună „Vreau să fiu un tată mai bun“, el va formula: „Vreau să ascult ce are de spus fiul meu, înainte să îi spun ceea ce doresc să facă el.“

*** 3. Aici şi acum.** Exprimarea scopului în maniera „aici şi acum“ înseamnă că soluţia presupune un proces care poate fi imediat început. Mulţi clienţi vorbesc despre ceea ce doresc, ca şi când scopul lor s-ar afla undeva în viitorul îndepărtat. De exemplu, cineva şi- ar putea dori să fie capabil să hotărască dacă să divorţeze sau să rămână căsătorit. Acest gen de scop este prea îndepărtat în viitor, ca să permită percepţia vreunui control asupra lui din partea clientului. Formularea scopului ca

---

Acest criteriu este necesar, întrucât formarea unei repre-

decizie de luat are formă de substantiv, de obiect static şi este perceput ca eveniment îndepărtat în viitor. Este preferabilă definirea scopului în termeni procesuali, în termenii unei activităţi pe care clientul o poate demara imediat. Astfel, întrebările noastre pot fi de felul următor:

„Dacă ai fi pe cale să iei acum o decizie în problema ta, ce anume ai face altfel decât până acum?“ sau

„în momentul în care vei pleca de la această şedinţă, fiind pe cale să iei o decizie, ce anume vei face altfel decât până acum sau ce anume vei gândi altfel decât până acum?“.

Faptul de a gândi altfel decât până acum poate invoca un nou sens dat situaţiei. Aceste întrebări determină ca scopul să ia forma unui proces şi începerea realizării lui să fie mult mai grabnică. Clientul poate răspunde în felul acesta: „Voi aborda tema separării în discuţie cu soţia şi în loc să evit tema aceasta, voi discuta detaliile legate de ea“.

Aducând scopul în forma unui proces care are loc în prezent, clientul devine tot mai focalizat asupra lucrurilor pe care el le poate face chiar acum sau pe care deja le face. De exemplu, în loc să lăsăm clientul să aibă drept scop să slăbească cu 20 de kg, trebuie să îl ajutăm să ajungă la răspunsuri de tipul „Voi mânca mai încet şi mai puţin decât până acum şi voi fi mai puţin grăbit şi agitat“. Aceste cuvinte descriu procese şi au, implicit, un mai mare potenţial de a determina o acţiune imediată. [11]

„Spuneţi că vreţi să îl ascultaţi mai mult pe fiul dumneavoastră. Vă rog să îmi spuneţi cum anume veţi proceda altfel decât până acum? Ce anume din comportamentul dumneavoastră îi va indica fiului

---

11 Cât mai specific cu putinţă. Cu cât un scop este mai specific, cu atât el este mai convingător pentru client. Terapeutul are rolul de a-l face pe client să discute despre detalii legate de ceea ce va face şi ce va gândi el, adică să descrie precis comportamentele pe care le va avea şi ideile pe care şi le spune lui însuşi sau celorlalţi. Pentru mulţi clienţi, este greu să descrie aceste aspecte specifice scopului lor, mai ales dacă au fost multă vreme centraţi pe problemă şi pe trecut. Acesta nu înseamnă neapărat că au vreo rezistenţă, ci doar că trebuie mai mult antrenaţi, cu răbdare, pentru a se focaliza asupra aspectelor pozitive - asupra a ceea ce doresc să facă şi, mai ales, asupra felului cum ar putea proceda sau cum vor proceda pentru a realiza ceea ce doresc. Principala cale pentru a obţine răspunsuri specifice este să fim cât mai direcţi, intervenind cu solicitări foarte precise, ca în exemplul următor:

dumneavoastră că ascultaţi ce spune el?“.

5. Controlabil de către client. Acţiunea să poată fi demarată şi menţinută de client. Mulţi clienţi vin cu plângeri legate de felul cum ar dori să se comporte alţii sau cum ar dori ca o situaţie să se schimbe, în domenii în care ei nu pot interveni cu absolut nimic. Ar fi un efort infinit şi fără vreun rezultat să ne angajăm într-un proces care presupune schimbarea altcuiva sau schimbarea unei situaţii aflate în afara controlului clientului. De exemplu, o pacientă supraponderală, cu un comportament alimentar nesănătos, ar putea dori să scape de plăcerea de a mânca dulciuri. Ar fi un scop eronat, întrucât faptul de a scăpa de preferinţa pentru anumite gusturi nu este unul controlabil de ea. Este de dorit să ajutăm clientul să identifice un scop, pentru care să poată să facă el ceea ce este propriu-zis de făcut şi chiar să poată începe imediat procesul, prin care scopul se realizează.

Unii clienţi consideră că trebuie să fie, mai întâi, animaţi de încredere în sine pentru a acţiona, apoi, în manieră directă şi fenną, invitând o colegă la un film sau la o întâlnire. De fiecare dată când amână să invite tânăra respectivă, cu gândul că, mai întâi, trebuie să se simtă mai încrezător, se simte, de fapt, mai rău, conştientizând mai mult lipsa lui de încredere. Astfel, clientul încearcă să obţină mai întâi ceea ce nu este sub controlul său. Cu cât clientul persistă în încercările lui care mereu eşuează, cu atât mai mult se consideră departe de a-şi atinge obiectivul. în timp ce clientul gândeşte că „A“ conduce la „B“ sau că „A“ trebuie să se petreacă mai întâi, noi putem sugera tocmai contrariul, anume că adesea „B“ poate conduce la „A“. Nu de puţine ori, „B“ implică o serie de acţiuni sau modificări în gândirea clientului, care se află sub controlul său. De exemplu, bărbatul timid acţionează, angajându-se în conversaţie cu tânăra pe care vrea să o invite în oraş. Poate să nu fie totul exact aşa cum şi-ar dori, dar cel puţin are o experienţă cu valoare de feedback pentru viitorul curs al acţiunii. Pe măsură ce va avansa în acţiunile sale, încrederea lui în sine va fi tot mai mare sau va înţelege că această încredere în sine nu este chiar un mediator crucial pentru a putea dialoga cu o femeie.

T 6. în limbajul clientului. Acest criteriu este, de fapt, o recomandare care are în vedere numai terapeutul. Adesea, ne este foarte greu să ne abandonăm propriile puncte de vedere privind soluţia clientului nostru şi să ne interesăm cu adevărat de viziunea lui asupra

situaţiei. Mulţi dintre terapeuţi au fost chiar antrenaţi cândva pentru a interpreta simptomele sau problemele, inducând astfel, implicit, anumite idei despre scopul terapiei. De exemplu, dacă avem clienţi care au eşecuri şcolare, nu este cazul să îi convingem că ar trebui să accepte ajutor pentru a se descurca mai bine cu şcoala, ci trebuie să îi ascultăm, să ne interesăm de răspunsul lor la întrebări legate de motivul pentru care solicită ajutor şi să le înregistrăm chiar în scris, cu cuvintele lor. De-a lungul conversaţiei, forma scopului terapeutic se poate modifica în mai multe rânduri. Clienţii vor înţelege în timpul procesului de definire a scopului că ei nu pot modifica o altă persoană şi, în unele cazuri, pot descoperi că scopul lor este, de fapt, altul decât cel afirmat iniţial. Trebuie să ne asigurăm, în final, că scopul terapeutic este ceea ce clientul spune că vrea şi că este formulat cu cuvintele sale.

Adesea, după înţelegerea principiilor de bază şi a criteriilor unui scop bine definit, una din întrebările studenţilor sau, în general, a celor ce se formează pentru terapiile orientate pozitiv către scop şi soluţii, este legată de acele probleme pe care clientul nu le-a menţionat, dar despre care ştim că sunt probleme, ori chiar despre aspectele profunde (e.g. inconştiente), nerezolvate. Walter şi Peller consideră că în afara acelor probleme care fac obiectul atenţiei legii sau ridică semne de întrebare cu privire la riscurile de hetero- şi auto- agresivitate, trebuie să respectăm abilitatea şi responsabilitatea clientului de a se focaliza asupra a ceea ce reprezintă o problemă pentru el. De exemplu, dacă părinţii vin cu plângeri legate de eşecul şcolar al copilului, avem încredere că orice problemă maritală importantă va ieşi la suprafaţă, pe măsură ce ne concentrăm asupra chestiunii legate de şcoală. Nu trebuie să confruntăm opiniile celor doi părinţi şi nici nu trebuie să etichetăm dificultăţile lor drept probleme maritale. Să avem încredere că pe măsură ce părinţii se vor ocupa de a rezolva împreună problema şcolii copilului lor, vor lucra direct sau indirect şi asupra neînţelegerilor care există între ei. De asemenea,

avem încredere în aserţiunea conform căreia schimbarea mică determină schimbări mai mari; problema maritală s-ar putea rezolva implicit, în contextul rezolvării altei probleme. Walter şi Peller nu fac distincţie între aspectele de suprafaţă şi aspectele profunde. Ei recomandă să abordăm fiecare problemă, soluţie sau scop separat, fără să aşteptăm să se determine reciproc sau să o interpretăm pe una, ca fiind un semn al alteia.

'Jdentficaţi în rândul scopurilor de mai jos care suni cerinole care nu au joşi respedale. Codificali sirudura. în sensul respectării criteriilor unui scop bine definii.

1. *Jfla finalul terapiei, oreau să fiu mai comunicaţia.*
2. *[c]Vreau ca soţia mea să fie mai calmă.*
3. *[c]Vreau să nu mai am conflicte cu colegii de clasă.*
4. *"Vreau să nu mi se mai reproşeze ca nu am respectat termenele.*
5. *'ddreau să fiu un prieten mai bun al copiilor mei.*
6. *[c]Vreau să ţin legătura mai mult cu părinţii mei.*

Modalităţile de consiliare a soluţiilor

Convorbirea dintre terapeut şi client are la bază construirea de soluţii şi poate urma mai multe căi, tot la fel cum, dintr-o localitate în alta, poţi ajunge aproape întotdeauna pe multe căi şi nu doar folosind un singur drum. în figura de mai jos, este o hartă creată de Shazer (1988, cf. Walter şi Peller, 1992, p. 64). Această „hartă“ este un ghid simplificat pentru conversaţia din cadrul terapiei.

Sunt patru principii pe care această schemă le implică:

1. Centrarea pozitivă asupra soluţiilor şi asupra viitorului facilitează schimbarea în direcţia dorită. De aceea, trebuie să ne focalizăm către o discuţie orientată pe soluţie, mai curând decât pe problemă.

2. Excepţiile de la fiecare problemă pot fi create de către terapeut şi client. Ele pot fi utilizate pentru a construi soluţii.

3. Schimbarea se produce permanent.

4. Sensul acordat experienţelor şi experienţele propriu-zise se influenţează una pe alta şi se construiesc interacţional.

După ce aflăm care este scopul clientului, ce doreşte el să obţină ca rezultat al terapiei, ne focalizăm pe excepţii, când scopul dorit deja se produce, sau pe excepţiile de la problemă sau pe situaţiile ipotetice, în care soluţiile s-ar putea aplica în viitor. Această „hartă“ sau schemă a construirii soluţiilor terapeutice are presupoziţia că schimbarea se petrece tot timpul şi că noi sensuri şi noi experienţe ale schimbării sunt construite chiar pe parcursul conversaţiei terapeutice.

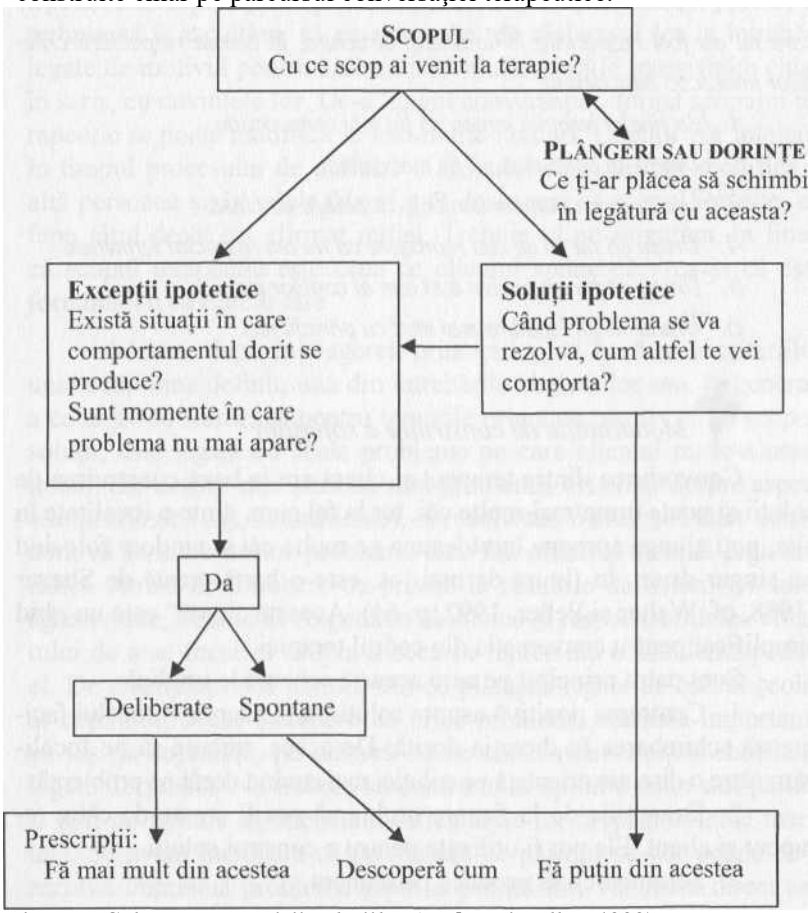

SCOPUL
Cu ce scop ai venit la terapie?
PLÂNGERI SAU DORINȚE
Ce ți-ar plăcea să schimbi în legătură cu aceasta?
Excepții ipotetice
Există situații în care comportamentul dorit se produce?
Sunt momente în care problema nu mai apare?
Soluții ipotetice
Când problema se va rezolva, cum altfel te vei comporta?
Da
Deliberate
Spontane
Prescripții:
Fă mai mult din acestea
Descoperă cum
Fă puțin din acestea

Fig. 11.1 Schema construirii soluţiilor (Walter şi Peller, 1992)

s

Jfucraţi cu un partener de dialog şi demaraţi cu prima întrebare a primei sesiuni: ,,Cu ce scop ai venit la terapie? . ᶜFacefi lucrul acesta de câteva ori, partenerul jucând rolul a câtorva clienţi diferiţi, pe rând. dotaţi răspunsurile. hfipoi analizaţi împreuna şi identificaţi dacă răspunsurile primite sunt scopuri terapeutice sau sunt plângeri şi dorinţe.

s/

Jfucraţi cu un coleg, alegându-vă rolurile de terapeut, respectiv client. 'Debutaţi cu dialogul iniţial şi urmaţi schema de formulare a scopului terapeutic, exersând dialogurile legate de excepţiile reale şi ipotetice.

*7~ema72

Dezvoltarea ataşamentului securizant în terapia de cuplu, metodă de tratament în tulburarea de stres posttraumatic[12]

Teoria ataşamentului vorbeşte despre forţa legăturilor emoţionale în interiorul familiei, despre semnificaţia extraordinară a faptului de a aparţine unei familii. Aceste legături sunt extrem de durabile şi au forţa de a le oferi copiilor şi adulţilor o bază de siguranţă, în cadrul căreia să crească şi să se dezvolte. Cea mai mare parte din literatura despre ataşament tratează despre felul în care, în absenţa unei conexiuni securizante cu ceilalţi este influenţată dezvoltarea optimă a personalităţii: concepţia generală despre lume, reglarea afectivă, procesarea informaţiilor, abilităţile de comunicare cu ceilalţi. Bowlby (1982) arată că ataşamentul nu se referă numai la aspectele legate de apartenenţă, ci şi la unele legate de mecanisme de supravieţuire care, pe parcursul evoluţiei, au oferit protecţie şi siguranţă în faţa adversităţilor vieţii.

Sentimentul dat de relaţiile securizante cu cei din jur este cea mai pertinentă protecţie împotriva adversităţilor, a pericolelor şi a pierderilor. Lipsa unui astfel de tip de ataşament ne lasă neprotejaţi în faţa evenimentelor traumatizante, afectează profund felul în care noi facem faţă acestor evenimente şi poate fi ea însăşi aversivă şi chiar traumatizantă.

Domeniul terapiei familiei şi a cuplului s-a concentrat mult pe alinarea suferinţei generate de relaţii interpersonale nefericite, disfuncţionale. în materialul pe care îl prezentăm aici, arătăm nu atât

---

[12] *Cea mai mare parte a acestui fragment are la bază capitolul autoarei Sue Johnson, An Antidote Io Posttraumatic Stress Disorder. The Creation of Secure Attachment in Couples Therapy, publicat în 2004, în lucrarea Attachment Issues in Psychopatology and Intervention.*

cum poate fi dezvoltată o relaţie mulţumitoare de cuplu prin terapie, ci mai ales cum poate o astfel de terapie să genereze un liman, un adăpost unde rănile şi suferinţele pot fi tratate, şi cum un partener de viaţă poate fi o adevărată resursă a acestui tratament.

Bowlby a susţinut că frica intensă sau cronică este mult mai puţin probabilă, atunci când individul are încredere că, la nevoie, persoana de referinţă de care el este ataşat va fi disponibilă şi mult mai probabilă, atunci când această încredere nu există. Cu siguranţă că aceste relaţii securizante ne protejează de diversele ameninţări şi pericole din parcursul vieţii şi ne oferă un mediu bun pentru vindecare, atunci când aceste pericole ne copleşesc. Terapia de cuplu, mai ales atunci când se ocupă de sporirea calităţii în sfera comunicării emoţionale (ex. terapia de cuplu centrată pe emoţii), generează adevărate pietre de temelie pentru ataşamentul securizant, ajută cuplurile să creeze un mediu favorabil vindecării de urmele traumelor din trecut.

Profesioniştii care lucrează în domeniul sănătăţii mentale întâlnesc numeroase cazuri marcate de traumă, de situaţii care au lăsat urme profunde, greu de vindecat.

Se actualizează cunoştinţele despre criteriile de diagnostic pentru tulburarea de stres posttraumatic. Se utilizează surse precum 'Diagnostic and Statistical Manual of [c]Menlal Disorders, 4th ed., American Dsycbological Dissociation. 1994.

în faza evaluării clinice pentru terapie, o pacientă a lui Sue Johnson s-a exprimat în felul următor: „Nu suport să fiu atinsă. Nici măcar apa de la duş nu e de suportat pentru mine. Nu îmi place nici când copilul meu mă cuprinde cu mâinile şi nici în pat cu soţul meu nu suport să stau. Singurul mod în care mă simt în siguranţă este să fiu singură, să fiu invizibilă pentru ceilalţi". în vreme ce ea prezenta astfel situaţia, soţul pacientei stătea nemişcat şi suspina. Femeia crescuse într-un mediu ostil, lipsită de protecţia părinţilor, într-un loc în care era abuzată emoţional şi sexual, chiar de adulţii de care depindea. în prezent, era anorexică şi se lupta cu simptome ale stresului posttraumatic. A fost trimisă la clinica unde lucrează Johnson, întru

cât tratamentele pentru anorexie urmate până atunci nu au fost eficiente. Se părea că relaţia ei nefericită cu soţul submina impactul terapiei zilnice de grup şi distanţarea lui faţă de ea a fost factorul precipitant al agravării anorexiei. Ea credea că este prea grasă, prea masivă şi că este cazul să dea jos cât mai mult cu putinţă.

Cea mai mare tragedie generată de trauma produsă de semenii noştri este nu doar suferinţa care rămâne, ci, mai ales, faptul că ne contaminează toate relaţiile noastre ulterioare cu ceilalţi, relaţii care, altfel, ne-ar putea ajuta să ne vindecăm rănile. Este dificilă recuperarea a ceea ce Herman, în lucrarea *Trauma and recovery>,* publicată în 1992, a numit „violarea conexiunii umane“, cum se întâmplă în abuzul sexual şi fizic din copilărie, când lipsesc experienţele corective ale unei legături securizante. Trauma augmentează nevoia de ataşament protectiv. Cupluri precum cel evocat sunt ajutate în această terapie nu doar să trăiască mai puţin stres în cuplu, ci să creeze acel angajament plin de încredere şi de siguranţă emoţională, specific legăturilor securizante, care apoi va sprijini însănătoşirea partenerului traumatizat.

Ataşamentul şi trauma

Esenţa teoriei ataşamentului este că legătura emoţională cu persoanele de referinţă, semnificative pentru noi, ne oferă confort, încredere, protecţie în faţa adversităţilor existenţei. Ataşamentul securizant faţă de altul devine o resursă internă, o sursă de încredere în sine şi în lume care favorizează dezvoltarea unei bune rezistenţe şi a unui sentiment cum că pericolul şi teama pot fi suportate mai uşor. Cei care văd lumea prin „lentilele“ oferite de ataşamentul securizam sunt mult mai puţin susceptibili de a dezvolta stres posttraumatic în cazul unei experienţe aversive grave. Ei pot face faţă, conştientizând dificultatea care îi deranjează, angajându-se în acţiuni constructive şi căutându-i pe ceilalţi pentru suport.

Pentru copii şi adulţi, legăturile securizante sunt primele defensive împotriva psihopatologiei induse de traumă. Din păcate pentru cei care cresc cu un stil de ataşament insecurizant şi mai sunt şi traumatizaţi de persoanele de referinţă, nu mai există siguranţă nicăieri. Legăturile apropiate devin cât se poate de impregnate de sti-

muli ai traumei, în loc să fie legături cu potenţial salvator. Această dublă identitate a persoanei de referinţă, fiind simultan şi sursă a pericolului şi soluţie pentru el, generează o dublă legătură extrem de nocivă. Ataşamentul subiectului afectat devine, astfel, extrem de haotic şi dezorganizat: în timp ce o mângâiere a partenerului de cuplu ar trebui să aibă un efect liniştitor şi protector, pentru persoana traumatizată, poate fi o sursă de suferinţă. De aceea, astfel de persoane găsesc, adesea, modalităţi ingenioase pentru a face faţă acestei lumi periculoase: devin hipervigilente, neîncrezătoare, extrem de încordate.

Simptomele sindromului de stres posttraumatic sunt frecvente, dar puţine persoane se prezintă la psihoterapie, chiar şi în ţările unde această activitate este mult răspândită şi practicată.

s/

hRoeţi în continuare posibilitatea autoevaluării stilului de ataşament, utilizând un chestionar elaborai de Collins şi 'dlead (1990), Chestionarul pentru stilul de ataşament '(Răspundeţi utilizând o scală de lip Jfi- kerl de la 1 !a 7, unde t înseamnă dezacord loial, iar 7, acord foia!.

1. *[c]diu îmi place să ajung să depind de alţii.*
2. *Oamenii nu sunt niciodată acolo unde ai neooie de ei.*
3. *(Mă simt în largul meu, alunei când depind de alţii.*
4. *(Ştiu că ceilalţi vor fi acolo unde am neooie de ei.*
3. *[c]?mi este greu să am încredere deplină în ceilalţi.*
6. *Cdiu suni sigur că pol avea întotdeauna încredere că ceilalţi vor fi acolo unde am neooie de ei.*
7. *(Rlu mă îngrijorez frecvent că voi fi abandonat.*

â. (fidesea îmi este teamă că, de fapt, partenera!'partenerul nu mă iubeşte.

9. *(Mi se pare că ceilalţi sunt rezervaţi în a-mi deveni apropiaţi pe cât mi-ar face plăcere mie.*
10. *[c]}mi este teamă adesea că partenera mea nu va vrea să rămână cu mine.*

11. fmi doresc o comuniune completă cu o altă persoană.

72. cDorinla mea de comuniune îi sperie câteodată pe ceilalţi.

13. 9dise pare relaţia uşor să mă apropii de ceilalţi.

14. O^u mă îngrijorez frecoent că cineva mi-ar putea deveniprea apropiat

15. Vdă simt oarecum stingherit să fiu prea apropiat cu ceilalţi.

16. (Mă irită ca cineva să vrea să îmi devină prea apropiat.

11. fdă simt în largul meu când ceilalţi depind de mine.

16. Adesea, iubita mea vrea să fim mai intimi unul cu celălalt decât mă simt eu în stare.

Sste un inventar dimensional cu 16 itemi (câte 6 pentru fiecare prototip de ataşament). "Participanţii aleg pe o scală cu cinci trepte gradul de descriptivitate pentru sine al itemilor. 'Jtemii pentru stilul de ataşament securizant sunt 3, 4. 1, 13. 14, 11, pentru stilul anxios sunt 6, 6, 9, 10, 11, 72, iar pentru cel evitant sunt 1, 2, 5. 15, 16, 16. 'Tiecare subiect obţine la acest chestionar trei scoruri (medii aritmetice ale punctajelor pentru fiecare stil de ataşament). Observaţi care tip de ataşament are scorul cel mai mare în cazul vostru, analizaţi rezultatul în raport cu ceea ce ştiji despre siguranţa resimptă în copilărie în relaţia cu persoanele de referinţă.

Retrăirea persistentă a evenimentelor traumatizante nu înseamnă doar a-şi aduce aminte trauma, ci înseamnă aproape a trăi în momentul traumei, mai curând decât în momentul prezent. Dacă într-un moment cheie care ar presupune angajament emoţional important, supravieţuitorul traumei este mai mult „acolo şi atunci" decât „aici şi acum", atunci el nu este nici accesibil şi nici receptiv, fapt care afectează, de exemplu, relaţia de cuplu, pentru că partenerul celui traumatizat îşi evocă, în astfel de ocazii, insecuritatea ataşamentului şi stresul separării de partener.

Simptomele de evitare şi de amorţire afectivă sunt esenţiale în definirea calităţii relaţiilor de cuplu ale supravieţuitorilor traumei şi ele sunt mai greu de tratat decât retrăirea evenimentelor traumatizante.

Evitarea înseamnă detaşare, disociere şi restrângere afectivă. Literatura despre stresul marital identifică lipsa angajării emoţionale şi distanţarea, drept cele mai agravante lipsuri într-o relaţie maritală, mai grave decât inabilitatea de a rezolva diverse probleme sau certurile. Una dintre cele mai grave consecinţe ale amorţirii afective este reducerea oportunităţilor de a genera noi forme de ataşament şi limitarea posibilităţii de a restaura abilităţile de relaţionare, măsură considerată capitală pentru recuperare.

Hiperactivarea fiziologică se manifestă, adesea, prin iritabilitate extremă şi furie, nervozitate uşor de activat, ca şi prin hipersensibilitate, reacţii de o excesivă iritabilitate faţă de informaţii ambigue sau negative. Literatura clinică despre tulburarea de stres posttraumatic subliniază că principalul efect al traumei este pierderea abilităţii de a-şi regla propriile stări afective. Această deteriorare a capacităţii de reglare emoţională se concretizează în reacţii extreme de luptă, de fugă sau de distanţare rece, adesea faţă de stimuli care, priviţi din exterior, par a fi relativ inofensivi. Trauma indusă de persoanele de referinţă în copilărie este extrem de dăunătoare şi cu efecte foarte durabile. Herman o numeşte *trauma de tip II* sau *tulburarea de stres posttraumatic complexă.*

Cercetări recente asupra cuplului şi relaţiilor familiale arată nu doar importanţa crucială a angajamentului emoţional susţinut pentru stabilitate şi satisfacţie, dar şi efectul de generare şi menţinere a stresului marital, atunci când stările afective negative sunt reprimate, nelăsate să se exprime. Johnson subliniază faptul că mariajele sunt mai reuşite sau mai puţin reuşite, în funcţie de măsura în care cuplul reuşeşte să-şi gestioneze emoţiile negative. în manieră metaforică, ea spune că dacă afectul este muzica pe care ataşamentul dansează, atunci pierderea capacităţii de autoreglare afectivă, ca rezultat al traumei, poate produce distrugeri violente, incontrolabile ale relaţiilor apropiate. Relaţiile celor care au supravieţuit unor astfel de traume sunt, adesea, definite prin furie, ruşine şi frică intensă. Dacă ne gândim numai la furie şi ruşine şi este suficient ca să ne dăm seama câte dificultăţi întâmpină aceste persoane atunci când ar trebui să îşi creeze relaţii de susţinere, de sprijin.

Bowlby a făcut o distincţie importantă între două tipuri de furii: cea plină de speranţă, în care protagonistul protestează împotriva greşelilor persoanei de referinţă şi, adesea, aceasta generează o corectare a acesteia din urmă, şi cea lipsită de speranţă, mult mai puţin funcţională.

în timp ce furia exprimată adecvat s-a dovedit a fi pre- dictor al satisfacţiei maritale pe termen lung (Johnson îi citează pe Gottman şi Krokoff pentru aceste argumente), furia disperată, mult mai mult specifică celui afectat de traumă, este intensă şi persistentă şi conduce la cu totul altfel de rezultate. Lipsa controlului asupra propriei furii deteriorează eficienţa celui traumatizat; el nu doar că nu are încredere în alţii, dar nu are nici în el însuşi. Pacienta lui Johnson spune: „Furia apare brusc şi mă confiscă total. Nu pot anticipa apariţia ei. Trebuie să mă îndepărtez, să mă separ de ceilalţi atunci. Mă tem să nu îl rănesc pe soţul meu, pe copil. Mă simt foarte rea".

Acest tip de furie, alături de un stil atribuţional defonnat către ostilitate este specific pentru stilul de ataşament nesecurizant şi este, mai ales, prezent în relaţiile celor cu sechele psihologice posttrau- rnatice. Chiar dacă partenerii celor traumatizaţi caută să fie receptivi, ei tind, treptat, să se înstrăineze, mai ales dacă nu înţeleg trauma celui care a trăit-o. Se înstrăinează, confirmând cele mai rele temeri legate de abandon ale celui traumatizat.

Ruşinea îl face, de asemenea, pe cel traumatizat să fie incapabil de autodezvăluire. Acest sentiment despre sine că ar fi indezirabil, defect şi, de aceea, neîndreptăţit să primească iubire, face persoana incapabilă să împărtăşească cuiva apropiat suferinţa şi să primească grija şi afecţiunea celui apropiat. Vorbind despre soţul său, pacienta spunea: „Lmpatia lui îmi întoarce stomacul pe dos. Nu poate să îmi fie mie adresată această empatie". S-a observat faptul că, cel mai adesea, supravieţuitorii traumei preferă rolul de persoană care are grijă de cei cu diverse nevoi, dar nu acceptă să primească ei înşişi îngrijiri de la alţii, chiar şi când aceştia sunt parteneri de viaţă deosebit de receptivi şi sensibili.

De mulţi ani, s-a recunoscut faptul că o nouă relaţie de ataşament, de data aceasta securizant, constituie mediul cel mai bun pentru tratarea traumei, dar cel mai frecvent, s-a considerat că această relaţie este cea cu terapeutul, adică una care se va consuma în maximum câteva ore pe săptămână. Deşi a fost evident faptul că supravieţuitorii traumelor au mare nevoie de suport social, ideea de a se utiliza în terapie chiar persoanele aflate în relaţii reale cu cel traumatizat, cum ar fi partenerul de cuplu, este relativ recentă. Această idee este binevenită, dacă ne gândim la faptul că supravieţuitorii unei traume, în cadrul relaţiilor cu cei semnificativi, sunt prinşi într-un cerc vicios: lipsa oricărei urme de ataşament securizant perpetuează efectele traumei şi împiedică

vindecarea, în timp ce efectele traumei menţin stresul relaţional şi lipsa unei baze de siguranţă. Mai precis spus, dacă soţul, partenerul nu devine parte a soluţiei traumei, atunci devine, cu siguranţă, parte a problemei generate de traumă!

Sunt evocate studii ale lui Mikulincer şi ale colaboratorilor lui, în care aceştia au investigat reacţii la experienţe traumatizante şi au făcut legătura între aceste reacţii şi stilul de ataşament. în rândul soldaţilor care au luptat în războiul din Golf, erau mult mai stresaţi cei cu stil de ataşament anxios, iar cei cu un stil evitant, erau mult mai ostili şi aveau niveluri mai ridicate de somatizare. Concluzia lui Mikulincer a fost că ataşamentul securizant este o resursă personală deosebită, care conferă sentimentul de eficacitate personală şi credinţa că adversităţile sunt controlabile. Stilurile insecurizante de ataşament au fost asociate cu o înclinaţie foarte puternică către furie şi un control scăzut al furiei, adică acele simptome de hiperactivare fiziologică specifice stresului posttraumatic.

în cazul traumei datorate, mai ales, abuzului fizic şi sexual în copilărie, evoluţia stilului de ataşament la cel abuzat este una nefavorabilă, către un stil dezorganizat în copilărie şi către un stil anxios-evitant la vârsta adultă. Stilul anxios-evitant este oscilant între dorinţa de apropiere, pe de o parte, şi ostilitate şi distanţare pe de altă parte. Cei cu acest stil de ataşament au un concept de sine negativ şi sunt extrem de susceptibili de a dezvolta depresii şi alte afecţiuni psihologice. Dacă trauma are loc în condiţii de izolare şi respingere din partea celorlalţi, stilul de ataşament anxios-evitant care se structurează va persista şi va avea o influenţă negativă asupra capacităţii relaţionale a individului afectat de traumă.

Relaţia maritală ca mediu de recuperare posttraumatică

în sprijinul ideilor care urmează, Johnson citează nume importante în psihologia şi psihoterapia traumei, precum Van der Kolk, Perry şi Herman. Aspecte precum faptul dacă simptomele se pot trata şi dacă pot fi reglate comportamentele autodestructive sunt prezise mult mai bine de capacitatea persoanei de a obţine confort în cadrul relaţiilor cu alte persoane, decât de istoria traumei. Dar ce anume i-ar putea oferi supravieţuitorului unei traume crearea unei relaţii mai securizante cu partenerul de viaţă? în primul rând, un mediu sigur care i-ar permite celui

suferind să îşi regleze propria tristeţe, furie şi teamă, într-o manieră pozitivă, atât pentru sine, cât şi pentru cuplu.

Stilul de ataşament, privit din perspectiva reglării afective, înseamnă că modul în care omul relaţionează cu persoanele semnificative reflectă strategiile pe care le-a învăţat, ca modalităţi de gestionare a emoţiilor negative. Un cuib securizant, pe care pacientul îl are împreună cu partenerul său de viaţă, îl ajută pe cel dintâi să gestioneze, în manieră constructivă, încărcătura emoţională a reexperi- mentării simptomelor prin coşmaruri, gânduri intruzive etc. Treptat, apelul la celălalt ia locul altor strategii negative de reglare emoţională, cum sunt automutilarea sau disocierea. Domolirea fricii este scopul central în tratarea sindromului de stres posttraumatic, iar pentru frică, antidotul natural, înnăscut la primate este confortul şi siguranţa date de contactul fizic. Apoi, disponibilitatea partenerului încurajează confruntările cu situaţiile temute, ceea ce are ca efect, de asemenea, scăderea fricii şi creşterea încrederii în controlul exercitat asupra diverselor medii.

Empatia unui partener iubitor contracarează ruşinea şi permite supravieţuitorului traumei să gestioneze pozitiv nevoia imensă de control, de apropiere ete. Un ataşament securizant faţă de soţ / soţie permite celui traumatizat să îşi trăiască tristeţea, lăsând astfel ca pierderea suferită să devină plan secund, mai curând decât prim plan. Principalul rol al terapiei, în cazul sindromului de stres posttraumatic, este acela de a oferi sprijin în exprimarea regretului. Este mai uşor pentru oricine să simtă părerile de rău, atunci când este sprijinit de cei pe care îi iubeşte.

A fi conectat într-o relaţie securizantă oferă şansa unor experienţe corective emoţional, întrucât victima abuzului de altădată simte acum că este posibilă o bază securizantă, că nu toată lumea îl trădează şi că încrederea este posibilă. Odată ce o bază de siguranţă a fost stabilită, această siguranţă facilitează, apoi, continuarea reproce- sării şi integrării experienţei traumatice.

în terapie, mai trebuie abordată şi percepţia negativă despre sine, care rezultă, adesea, din astfel de experienţe. Supravieţuitorul unui abuz suportă adesea mai uşor să se considere pe sine vinovat şi responsabil pentru cele petrecute, decât să tolereze neajutorarea sa în acea experienţă traumatică. Faptul că acum ar fi înţeles şi acceptat de partenerul său, după ce a trăit atât de mult, ascunzându-se, retră- gându-se, este o experienţă transformatoare pentru cel în cauză. In aceeaşi manieră metaforică anterior menţionată, Johnson spune că dacă valoarea terapeutului, ca

sursă de validare pentru pacient, ar putea fi comparată cu o sursă de lumină de aproximativ 20 de waţi, atunci validarea oferită de partenerul de cuplu ar putea fi comparată cu un stadion complet inundat de lumină. Aşadar, partenerul este mult mai mult în măsură să ofere pacientului puterea de a repara urmările traumei („Vino, te rog, aici şi ascultă-mi vocea şi nu vocea atât de crudă care îţi spune cât de rea eşti şi care te trimite să te ascunzi. Putem lupta împreună cu această voce"). Reprocesarea experienţelor traumatice poate construi, de fapt, o legătură puternică şi intensă între cei doi şi, apoi, o importantă barieră împotriva retrau- matizării.

Aşadar, procesul terapeutic se va focaliza pe crearea unei co-nexiuni emoţionale puternice, care va fi o protecţie primară împotriva sentimentului de disperare şi lipsă de sens. Terapia focalizată pe emoţii dezvoltată de Greenberg şi Johnson se centrează pe reacţiile emoţionale şi pe felul cum aceste reacţii emoţionale organizează, la rândul lor, comportamentele legate de ataşament. Scopul acestei terapii este să ajute partenerii să exploreze şi să extindă emoţiile care stau la baza poziţiilor pe care le iau fiecare în parcursul ciclului in- teracţional, ciclu care defineşte relaţia. Terapia centrată pe emoţii ajută cuplurile să îşi modeleze interacţiunile în direcţia accesibilităţii şi receptivităţii, astfel încât să se realizeze o legătură securizantă.

Această formă de psihoterapie s-a dovedit utilă în lucrul cu familii cu membri deprimaţi şi, mai ales, cu tulburarea de stres post- traumatic, ca rezultat al abuzurilor fizice şi sexuale, crime violente, dezastre naturale, boli cronice şi terminale, războaie. în primii patru paşi ai terapiei, cuplurile demontează, treptat, ciclurile negative de interacţiune, cum ar fi critica urmată de retragere. în paşii 5 - 7, la mijlocul terapiei, cei doi membri ai cuplului îşi modelează poziţiile interacţionale către mai multă accesibilitate şi receptivitate. De exemplu, partenerul care se îndepărta se reangajează, în timp ce partenerul critic devine mai deschis şi acceptă să fie mai vulnerabil, cerând să îi fie satisfăcute nevoile de ataşament. Această remodelare culminează cu evenimente care îi leagă mai mult pe cei doi şi rede- finesc siguranţa conexiunii dintre parteneri. în terapia cu astfel de cupluri, este necesară şi o componentă psihoeducaţională privind natura traumei.

Cuplul este învăţat să încadreze trauma într-o manieră care să nu continue să ameninţe relaţia. Simptomele traumei sunt legate de elementele negative ale interacţiunii şi, de aceea, ambii parteneri sunt

consideraţi victime ale acelei traume. Partenerii sunt încurajaţi să rămână împreună, în ciuda inamicului comun, acestui ecou al traumei care îi izolează unul de altul şi perpetuează insecuritatea ataşamentului. Procesul terapeutic tinde să fie mai lung (ex. 30 de şedinţe) pentru cuplurile traumatizate, iar partenerul cu trauma este, adesea, simultan şi în terapie individuală.

Terapeutul este un consultant în procesul prin care îşi conduce clienţii către reformularea, redeftnirea relaţiei lor. De exemplu, el poate explora furia pacientului cu trauma, până când se evidenţiază acele aspecte care ţin de vulnerabilitatea sa. îl încurajează să-i împărtăşească soţului acele aspecte, iar pe soţ, să îi răspundă. Astfel, un partener care, de regulă, manifestă răceală sau închidere, ar putea recunoaşte pentru prima dată că se teme de furia soţiei sale traumatizate, de faptul că această furie îi inhibă orice dorinţă de a-i acorda sprijin.

Pe scurt, terapia centrată pe emoţii împleteşte principii experi- enţiale umaniste, precum cele descrise de Rogers şi Perls, cu principii ale terapiilor sistemice, cum simt cele descrise de Minuchin şi Fishman.

Dialogul care urmează, între terapeut, Laura şi Filip, adaptat după un caz cu care a lucrat Johnson, ilustrează felul în care procesul terapeutic al schimbării este o călătorie către conexiuni mai securi- zante, felul în care aceste conexiuni ameliorează consecinţele traumei. Filip şi Laura se adresaseră nu pentru tratarea urmelor traumei, ci pentru tulburarea de comportament alimentar a Laurei, anorexia. Ei se aflau acum după o perioadă în care avuseseră loc primele schimbări în cadrul terapiei centrate pe emoţii, anume după desfacerea cercurilor vicioase critică - îndepărtare, îndepărtare - îndepărtare, care copleşiseră relaţia lor şi recunoscuseră rolul traumei Laurei în definirea acestei relaţii. Se realizaseră deja progrese şi în cadrul celui de-al doilea stagiu al terapiei, când Filip se reangajase în relaţie, devenise mult mai accesibil şi mai receptiv. Acum era sarcina
Laurci să devină mai deschisă, mai vulnerabilă şi mai conectată cu soţul ei, şi să înceapă să ceară satisfacerea nevoilor ei de ataşament. De regulă, în acest moment al terapiei, numit *înmuierea* (engl. *softe- ning),* terapia centrată pe emoţii cunoaşte progrese remarcabile. Acum, ecoul traumei se intensifică, pe măsură ce supravieţuitorul traumei riscă o mai mare angajare emoţională cu partenerul.

J

QC Citiţi şi remarcaţi dialogurile care reflecta principalele teme întâlnite în această fază: teama de apropiere, dificultăţile de reglare emoţională, în general riscul implicat în crearea de noi interacţiuni bazate pe încredere, flemarcaţi efectele ecourilor traumei asupra partenerului (Filip) şi lupta supravieţuitorului CQaura) cu dezgustul faţă de sine şi ruşinea şi felul cum această luptă afectează relaţia:

Filip: Trebuie să mă supraveghez permanent. Nu pot ajunge la ea. Are într- adevăr dreptate. încă mă îndepărtez de ea.
Terapeutul: Tu ţi-ai dori să îi oferi confort şi siguranţă (*Filip a acceptat, dând din cap empatic, în semn că da).* Te simţi trist când nu ajungi până la ea, atunci când ştii că suferă.
Filip: (*Foarte blând, privindu-şi soţia care fixează cu privirea plafonul)* Aş vrea într-adevăr să o îmbrăţişez, să o fac să se simtă mai bine.
Terapeutul: Filip, poţi să îi spui ei asta? (*mişcă mâinile către Laura)*
Filip: Lasă-mă să te îmbrăţişez, lasă-mă doar atât să fac. (Şi-a întins mâinile către ea; Laura s-a răsucit în scaun, astfel încât umerii erau orientaţi către Filip, dar privirea era orientată undeva departe)
Terapeutul: Ce se întâmplă, Laura? Filip vrea să comunice cu tine, il poţi vedea? *(ea dă din cap în semn că da).* Ce se întâmplă acum?
Laura: Mă simt iritată. *(Se uită rapid la Filip şi apoi se întoarce către terapeut).* Vezi, el plânge acum. Este evident că sunt nocivă şi că ar trebui mai curând să nu aibă de-a face cu mine.
Terapeutul: Atunci când îl vezi apropiindu-se sau orientându-se către tine, te simţi iritată şi te temi că ai putea să îl răneşti? Este adevărat?
Laura: Mda. Nu pot să fac faţă la tandreţe, mi se răsuceşte stomacul, nu ştiu ce am de făcut. (*Filip oftează). (Laura se întoarce către terapeut).* Vezi, sunt o mare dezamăgire în toate privinţele.
Terapeutul: Ce se întâmplă cu tine, atunci când el îşi spune că el vrea să te ajute?
Laura: *(Linişte prelungă. Răspunde cu voce coborâtă).* Nu ştiu *(pauză*), ei bine, am acest sentiment subit şi intens.
Terapeutul: Intens, hm, ca şi cum ar fi o alarmă? *(ea aprobă dând din cap).* Tu îl crezi pe el?
Laura: Nu, aşa că sunt nebună. Şi da, dar asta mă sperie. Ar putea să se apropie, ar putea să vrea sex şi am să îl dezamăgesc. Ar trebui să fiu capabilă să îi răspund. Sunt de netratat.
Terapeutul: Aşadar, „intensă“ este furia. Nimeni, niciodată, nu te-a protejat, iar Filip, uneori, se îndepărtează şi el. Şi tot intensă este şi frica. Oameni în care ai avut încredere ţi-au făcut mult rău. Apropierea este atât de înspăimântătoare. Alarma se menţine deschisă.
Laura: Ar trebui să fi depăşit deja toate acestea. Mă simt mai bine atunci când îi ofer lui Filip ceva şi nu îmi place să primesc.

Filip: Şi pentru mine este greu. Nici mie nu mi-e uşor să primesc.
Terapeutul: Toată această furie şi teamă. Alarma sună şi nu îl poţi lăsa pe Filip să se apropie, nu mai poţi primi nimic, nici măcar mâncarea nu mai poate intra, nu îl poţi lăsa pe Dave să te hrănească, să te liniştească. Este mult prea înspăimântător totul.
Laura: Vreau să mă fac nevăzută, să intru undeva sub covor. Nu mai pot respira (*strânge tare braţid fotoliului, îşi frământă mâinile).*
Terapeutul: Este în regulă, Laura. Te afli aici, în biroul meu. Nimeni nu te va răni atâta timp cât te afli aici. Cândva ai avut extrem de mare nevoie de acest sistem de alarmă. în special atunci când mama ta a murit şi cei care era de presupus să aibă grijă de tine te-au rănit şi te-au speriat atât de profund. Tot ce puteai să faci era să devii invizibilă, să te ascunzi şi să devii tot mai mică.
Laura: Da, să nu mănânc. Cu cât mănânc mai mult, cu atât mai mult simt această alarmă.
Terapeutul: Aha. Şi dacă Filip se apropie de tine, te simţi la fel ca atunci, iar alarma intră în funcţie.
Laura: Amintirile mele parcă ar fi tangibile. încă pot să simt mâna lui atingându-mă şi să aud râsul acela şi mă simt rău. Singura scăpare este să mă fac tot mai mică.
Terapeutul: A fost vreun moment când teama şi furia nu păşise între tine si Filip? A existat vreo perioadă când aveai şi altă scăpare?
Laura: Cred că da, chiar la început. Am, în continuare, multă încredere în el, însă, dacă sunt supărată, oricine devine inamic.
Terapeutul: Ce anume ai vrea tu de la el acum, Laura?
Laura: Aş vrea să îl ştiu acolo şi să îmi dea voie să trec prin această stare rămânând acolo, însă nu să se apropie chiar acum.
Terapeutul: Vrei ca el să fie alături de tine când te confrunţi cu balaurul trecutului, dar să nu te îmbrăţişeze, să nu îţi ofere vreo mângâiere. *(Ea a fost de acord şi a dat din cap în semn că da).* Spune-i lui asta.
Laura: *(Suspinândşi cu voce şoptită)* Stai cu mine... Pot să îţi cer?
Filip: (*Către terapeut)* Ea este o cauză pentru care merită lupta. *(Se întoarce către Laura)* Pentru tine, se merită toată strădania.
Laura: *(Zâmbeşte şi se întoarce către terapeut)* El este bumerangul meu. Se întoarce întotdeauna. îmi dă curaj.
Filip: Acum că am înţeles ce se întâmplă este mai uşor. Adesea, mă reţin de la orice acţiune... Nu ştiu cum să procedez, cum va reacţiona ea. Devin copleşit şi cumva amorţit. Dar acum sunt aici. Sunt aici şi nu plec.

S-a observat faptul că, dacă partenerul celui traumatizat nu reuşeşte să acorde sprijin, atunci când primul devine stresat într-un anumit moment, se produc aşa-numitele „răni ale ataşamentului“ (cf.

Johnson), concretizate în ruminaţii excesive care pot duce la depresii de intensitate clinică. Aceste incidente tind să se producă mai ales atunci când partenerul cu trauma este mai vulnerabil, în momente de mare necesitate privind ataşamentul, când experimentează abandonul, respingerea sau trădarea din partea unui anumit segment din mediul său social. De exemplu, dacă unei soţii care tocmai a aflat de la medicul curant că, în cel mai rău caz, la operaţie, ar putea să îşi piardă viaţa, soţul îi răspunde laconic şi pleacă la muncă, soţia va suferi enorm, auzindu-l puţin mai târziu discutând empatic şi plin de susţinere la telefon cu vreo persoană care trece printr-un necaz de un fel sau altul. Soţia poate deveni, brusc, extrem de simptomatică. Astfel de incidente, dacă nu sunt rezolvate, definesc relaţia ca fiind extrem de insecurizantă pentru partenerul supravieţuitor al unei traume şi erodează aspectele pozitive ale relaţiei. Astfel de incidente nu pot fi trecute cu vederea sau neglijate. Dacă nu sunt plasate în contextul teoriei ataşamentului, aceste conflicte sunt extrem de dificil de înţeles şi foarte greu de rezolvat.

Unul dintre rolurile psihoterapeutului este de a numi şi de a clarifica ciclul protestelor şi al plângerilor urmate de apărare şi distanţare, care caracterizează dialogul din jurul unui conflict astfel apărat şi care impregnează şi toată relaţia în ansamblul ei. Partenerul cu trauma este ajutat de terapeut să acceseze emoţiile care colorează evenimentul şi să le plaseze într-un cadra descris în termeni de ataşament. Celălalt partener este sprijinit să încadreze evenimentul în termenii semnificaţiei, legat de ataşament, din punctul lui de vedere şi să conştientizeze suferinţa celui afectat de traumă, cu ocazia incidentului actual. Terapeutul îl ajută pe cel suferind să devină mai accesibil, încurajând deblocarea temerilor şi modelelor de lucru care l-au blocat până atunci. Cel traumatizat are astfel curajul, să discute incidentul, avându-l pe terapeut alături de el, să împărtăşească sentimentul de pierdere şi teama legată de ataşamentul celuilalt partener şi, mai ales, îşi asumă riscul de a solicita să îi fie satisfăcute nevoile sale de ataşament. Atunci când partenerul celui cu suferinţa răspunde, se produce un eveniment semnificativ în planul legăturii lor, care eveniment redefineşte semnificaţia ataşamentului în cadrul relaţiei lor. Odată ce caracterul securizant al ataşamentului nu mai este o problemă, terapia de cuplu poate aborda alte teme. Relaţia poate fi utilizată pentru a regla stările afective negative şi scade mult vulnerabilitatea pentru comportamente distructive, de tipul consumului de droguri, de alcool sau comportament alimentar disfuncţional, în cadrul

încercărilor de autoreglare emoţională.

Valoarea şi forţa teoriei ataşamentului stau în aceea că ea priveşte, deopotrivă, intrapersonal şi interpersonal, la modele de relaţio- nare şi la felul cum aceste modele confirmă şi creează experienţa.

Recuperarea în urma unei traume este dificil de definit. Unele dintre elementele care ar trebui să definească procesul de vindecare sunt căpătarea de autoritate asupra amintirilor şi capacitatea de a construi o poveste de viaţă coerentă, toleranţa afectivă, o stimă de sine bună şi o coeziune suficientă a imaginilor despre sine, atribuirea unor noi semnificaţii traumei şi capacitatea de a avea încredere şi de a crea un ataşament securizant. Abilitatea de a construi relaţii de ataşament securizant este, de fapt, piatra de temelie pentru toate celelalte, este condiţia fără de care niciuna dintre celelalte nu se poate realiza.

Poate noţiunile de *antidot* sau *tratament* sau *intervenţie* generează o idee deformată despre ceea ce se întâmplă în acest proces de vindecare. Psihoterapeutul nu creează un mediu în care se implementează o cură specială. Este mult mai corect să se înţeleagă faptul că ataşamentul securizant între cei apropiaţi, intimi, este felul natural de autoprotejare faţă de primejdiile vieţii şi de ajutorare, atunci când există răni de pe urma acestor primejdii. Terapeutul are ca scop să sprijine accesarea acestui proces natural la clienţii săi şi să fie alături de ei, în confruntarea cu spectrul traumei.

Чема 13

Intervenţia în stare de criză. Exemplificare pentru două patologii

Intervenţia în stare de criză este descrisă ca fiind situată pe un continuum de la prevenţie până la psihoterapie. Caplan (cf. Dafinoiu, 2000, p. 21) arată că o persoană se află într-o stare de criză, atunci când obstacolul apărut în calea îndeplinirii obiectivului său este de nepăşit cu ajutorul metodelor obişnuite, iar acesta generează o dezorganizare şi o încercare a diverselor soluţii de rezolvare. Intervenţia trebuie să fie urgentă, intensă, de scurtă durată şi să vizeze aspecte profunde ale

к/'

personalităţii.

Centru o scurlă pregătire a introducerii informaţilor care urmează, putem revedea principalele caracteristici ale intervenţiei în stare de criză, în lucrarea „Clemente de psihoterapie integraiivă (Dafinoiu. 2000, p. 21.)

Intervenţia în criză la pacienţii cu risc suicidar

La această temă, ne vom familiariza parţial cu unele dintre principiile de intervenţie în criză ale lui Antoon Leenars, un renumit expert în problematica psihologică a suicidului. Leenars este psiholog înregistrat în practica privată în Windsor, Canada şi membru al Departamentul de ştiinţe ale Sănătăţii Publice la Karolinska Institut, Swedia şi a fost membru al Departamentului de Psihologie Clinică şi Psihologia Sănătăţii, la Universitatea Leiden, Olanda. El a fost primul preşedinte al Canadian Association for Suicide Prevention (CASP) şi al American Association of Suicidology (AAS). A colaborat cu mulţi colegi din diferite ţări şi are peste 100 de articole sau capitole în domeniul violenţei, traumei, sinuciderii, omuciderii, genocidului şi al

tora înrudite. A publicat peste 10 cărţi şi este editor-şef la *Archives of Suicide Research*, revistă oficială a International Academy for Suicide Research. A primit şi premii deosebite pentru activitatea sa şi contribuţia remarcabilă în suicidologie. Este recunoscut pentru eforturile sale internaţionale în prevenţia suicidului. Materialul informaţional care urmează este, în mare parte, inspirat din lucrarea lui Lee- nars (2004), numită *Psychotherapy with suicidal people. A person-centred approach.* Leenars arată că, în criză, nu este necesară vreo intervenţie „magică", ci, mai curând, una sistematică, ghidată după un model.

Un prim principiu este că în intervenţia în stare de criză, nu este loc pentru ostilitate, furie, atitudine sardonică, comentarii peiorative, îmbărbătare şi încurajare, indiferenţă cvasi-democratică sau alte comportamente aversive. Intervenţia în criză, la pacienţii cu risc mare suicidar, diferă mult de celelalte relaţii umane. Scopul este să ţinem persoana în viaţă, dar procedurile, cel mai adesea, nu sunt deloc simple. Se lucrează, mai ales, pentru dezvoltarea la pacient a sentimentului că are multe posibilităţi, multe opţiuni şi a sentimentului de ataşament emoţional.

Faptul de a avea un plan, o strategie de intervenţie, ne face mai capabili să acţionăm raţional şi, simultan, să reducem propria noastră anxietate. Fără un model, putem deveni oarecum ineficienţi şi prea lenţi în abordare. Deşi există mai multe modele, modelul lui Leenars are cinci paşi:

1. stabilirea raportului;
2. explorarea;
3. focalizarea
4. dezvoltarea opţiunilor şi a unui plan de acţiune;
5. încheierea.

Modelul nu este rigid, ci el depinde de cazul individual, unic, al fiecărui pacient şi nici nu se pot stabili modalităţi infailibile de salvare a vieţii în cazurile cu risc.

Stabilirea raportului. încă din prima şedinţă, are loc intervenţia. Pacientul vorbeşte, iar terapeutul ascultă şi trebuie dezvoltată o alianţă terapeutică non-evaluativă, activă. Acest raport care se stabileşte între cei doi este un proces mutual în cadrul întâlnirii dintre cei doi. O bună relaţie cu pacientul presupune interes puternic şi afecţiune pentru altă persoană, disponibilitatea de a-şi asuma responsabilitatea pentru aceasta. Dacă un intervenţionist are dificultăţi în

exprimarea ataşamentului, atunci ar face mult mai bine să aleagă altă profesie şi, în general, să nu facă terapie. Alianţa terapeutică este cheia succesului şi în intervenţia în criză, pentru pacienţi cu risc suicidar. Este o relaţie specială şi este vitală.

La început, terapeutul se poate centra pe un număr de emoţii (tensiune, tristeţe, lipsă de speranţă, neajutorare etc.). El va lucra să îmbunătăţească aspectele interne şi externe ale situaţiei, măcar cât să fie observabile mici diferenţe. Acest progres se poate înregistra iniţial prin procedee simple, cum sunt ventilarea, interpretarea, instructajul, diverse confruntări în afara cabinetului. Toate necesită un nivel ridicat de interacţiune în perioada cu risc ridicat.

cStudenţii lucrează în echipe câte trei (terapeut - pacient - observator). Pacientul Joacă rolul depresivului cu idei de sinucidere. 'Terapeutul îşi propune stabilirea unei relaţii de încredere, prin ascultare atentă şi refor- mulări empalice. Caută să exploreze problema pacientului: care sunt nevoile nesatisfăcute ale pacientului, cele care îl determină la un astfel de gest. Toi terapeutul caută să sprijine pacientul în asumarea responsabilităţii pentru deciziile sale.

<5e ascultă feedback-ul clientului şi al observatorului, se discută despre dialogul purtat, evidenţiindu-se riscul pe care îl are terapeutul de a fi eoaluativ sau de a sprijini, în mod disfuncţional. pacientul, oferindu-i promisiunile unui sprijin exagerat. Te asemenea, se remarcă faptul că, frecvent, ca terapeuţi, suntem tentaţi, mai curând, să stimulăm pacientul să renunţe la ideea de sinucidere sau sa aflăm de ce consideră sinuciderea drept unică soluţie, când, de fapt, ar fi recomandai să începem lucrul la rezolvarea problemei care generează suferinţa.

c5e reia jocul de rol. 'jjn acest dialog, terapeutul caută să în curajeze dezvoltarea a cât mai multor opliuni de acţiuni posibile.

i

¥ *Explorarea.* Standardele la care oamenilor viaţa li se pare insuportabilă sunt uimitor de diferite. Să ne gândim numai la faptul că, în vreme ce unora, o notă de 9 li se pare în regulă, altora li se pare ceva de nesuportat. Este importantă viziunea unică a persoanei despre problemă, dar asta nu înseamnă că o acceptăm fără nici o îndoială. Tocmai din cauza viziunii sale, persoana vede sinuciderea ca având valoare salvatoare. Ea este singura în măsură să abolească durerea, suferinţa. De exemplu, biletul soţiei care îşi părăseşte soţul face situaţia insuportabilă pentru acesta. Aşadar, într-un astfel de caz, terapeutul nu ar proceda deloc corect, acceptând că singura soluţie bună pentru pacient este menţinerea, cu orice preţ, a mariajului. Trebuie transpusă viziunea pacientului într-una mai larg adaptativă. Pe măsură ce se realizează explorarea, trauma trebuie redefinită ca fiind dureroasă, dar suportabilă. Se dezvoltă treptat potenţialul adap- tiv al persoanei. Nu putem face afirmaţii naive de genul „ai să reuşeşti, ai să fii în stare să faci faţă etc.“ Un mod mai fericit de a reacţiona al terapeutului ar putea fi „Când spui că nu poţi face faţă la aşa ceva, ce anume este acel *aşa ceva*?“. Astfel, terapeutul redefi- neşte problema în termenii de nevoi de perfecţionism sau ai altei valori / viziuni limitative, intolerante.

Putem fi tentaţi, în intervenţia în criză, să preluăm ceva din responsabilitatea persoanei aflate în tratament. Ei bine, o regulă esenţială este ca niciodată să nu facem asta. Afirmaţii precum „Stai liniştit, nu îţi ta griji, pentru că de acum înainte eu sunt cel care nu te va lăsa să îţi faci vreun rău“ sau „Eu am să te ajut, iar tu nu vei avea motive să te sinucizi“ sunt inadecvate, nocive şi pot, într-adevăr, să aibă efect letal. Evident că, iniţial, trebuie să ne asumăm o anumită responsabilitate, dar ea se referă la a asista persoana să dezvolte anumite comportamente care sunt imperios necesare din cauza stării sale mentale.

Suferinţa persoanei cu risc suicidar este legată de o frustrare sau de blocarea unor importante nevoi psihologice (ex. Soţul părăsit de soţie are nevoi de ataşament pe care el le consideră extrem de

importante). Dc asemenea, o altă caracteristică a pacientului suicidar este ambivalenţa. Mulţi, înainte de a se sinucide, sună un prieten bun şi îi spun ce au de gând să facă, în felul acesta, făcând posibile acţiuni salvatoare din partea celorlalţi.

Focalizarea. Terapeutul trebuie să înţeleagă cum anume defineşte trauma pacientul, adică ce consideră el că este de nesuportat în existenţa sa. O criză este percepţia despre o situaţie, nu o situaţie în sine. Cu toate că terapeutul asistă procesul, cel care trebuie să se focalizeze asupra a ceva este pacientul. întrebările tipice aici sunt „Care este problema?“, „Ce anume speri să dobândeşti, să realizezi?“, „Ce anume te-ar ajuta cel mai mult?“, „Am discutat mult împreună. Despre ce anume ai dori să discutăm?“.

Ventilarea, limpezirea sentimentelor de furie, găsirea expresiilor potrivite şi nevoia de contact au un loc important în intervenţia în criză. Toate pot fi utile, mai ales dacă sunt focalizate asupra traumei. Regula este că reducerea perturbării celei mai intense va diminua şi riscul de sinucidere.

" *Dezvoltarea opţiunilor şi a acţiunilor constructive.* Obiectivul în intervenţia în criză nu este modificarea personalităţii, ci luarea unei decizii legate de problema sa. Sinuciderea este efortul persoanei de a stopa o suferinţă de nesuportat. Persoana cu intenţii de sinucidere are nevoie de o uşurare promptă şi de acţiune. Ca să salvăm viaţa cuiva, trebuie să facem ceva, să acţionăm. Această acţiune înseamnă a comunica despre o problemă importantă pentru pacient, eventual lăsându-i şi pe alţii să o cunoască, a dezvălui ceea ce ar putea fi un secret fatal, a acorda ajutor şi, întotdeauna, a demonstra interes şi preocupare profundă.

Sunt trei lucruri pe care trebuie să le avem în minte, atunci când explorăm opţiunile şi acţiunile constructive:

1. Creşterea numărului de opţiuni pentru acţiuni posibile;
2. Terapia trebuie continuată când pacientul nu mai prezintă risc crescut suicidar. Are încă nevoie de întărirea eului, de multă asistenţă psihologică;
3. Munca în prevenţia sinuciderilor este riscantă, periculoasă şi include accidente şi pierderi.

Un scop principal în faza aceasta ar fi reducerea, la pacient, a sentimentului de perturbare, reducerea suferinţei sub nivelul traumatizant. Judecata persoanei cu risc suicidar este de tipul totul sau nimic, ori

A ori non-A. Dar a presupune că pacientul ori vrea ori nu vrea să se sinucidă ar fi extrem de simplist, chiar dacă, aparent, el face numai astfel de permutări în opţiunile lui. De exemplu, pacientul părăsit de soţie vrea ori ca el să moară, ori să revină soţia acasă. Aşadar, sarcina este de a creşte numărul opţiunilor şi al posibilelor cogniţii.

Punctul central în intervenţia la cei cu risc suicidar este să fie sporit sentimentul posibilităţilor de alegere, ca şi acela că beneficiază de suport emoţional. Pot fi folosiţi în terapie prieteni, colegi care să fie „de partea vieţii" în ambivalenţa pacientului. Nu ne ocupăm a- proape deloc de motivul pentru care decesul este ales ca soluţie unică de rezolvare a problemei, ci ne concentrăm asupra rezolvării problemelor care generează suferinţa, astfel încât ea să fie modificată. Problemele sunt abordate în termeni de tipul „ce putem face în legătură cu ele". Pentru a linişti şi diminua impulsul irezistibil la sinucidere, discuţia trebuie să abordeze nevoile nesatisfacute ale pacientului, atât în camera de consultaţii, cât şi în afara ei. La întrebări de tipul „Ce ai de gând să faci?", pacientul trebuie provocat să răspundă. Trebuie încurajat să aibă contacte active, să îi lase pe alţii să ştie despre situaţia lui, mai ales pe cei pe care îi iubeşte, să fie motorul diverselor acţiuni.

încheierea. La final, se face un rezumat al progreselor făcute, un plan de viitor, se stabilesc strategii de urgenţă şi se fixează date pentru şedinţele de evaluare. Intervenţia în criză nu rezolvă complet situaţia. De aceea, în mod normal, se continuă psihoterapia, lucrându-se asupra emoţiilor, credinţelor iraţionale, semnificaţiilor inconştiente.

în lucrai cu aceşti pacienţi, poate mai mult decât în alte patologii, se recomandă o atenţie deosebită acordată contra-transferului. Reacţiile terapeutului, avându-şi originea în propriile lui conflicte pot fi, uneori, de furie, de teamă, de vinovăţie şi neputinţă în faţa unui astfel de caz cu risc de sinucidere. Aceste stări se pot concretiza, din păcate, în manifestări precum subestimarea seriozităţii riscului suicidar, insuficienţa discuţiilor despre ideile de sinucidere şi despre gestul însuşi, desconsiderarea semnificaţiei de strigăt după ajutor al gestului sinucigaş şi accentuarea excesivă a intenţiei de a-i manipula pe ceilalţi printr-un astfel de gest extrem. Dacă aceste trăiri nu sunt abordate în cadrul unei supervizări şi nu sunt conştientizate, pot fi extrem de distructive pentru pacientul tratat.

Este bine să acceptăm că nu există soluţii magice şi reţete precise de lucru, nici cu aceşti pacienţi. Leenars consideră că se recomandă o

multitudine de măsuri în lucrul cu riscul suicidar şi, mai ales, colaborarea cu cei care pot acorda sprijin social. Un astfel de suport nu trebuie aşteptat doar de la persoanele semnificative pentru pacient, ci şi de la diverse agenţii, profesori, persoane în vârstă din comunitate, doctori, asistenţi sociali, şefi de la serviciul pacientului, toţi care pot face suferinţa mai suportabilă.

Intervenţia în criză la pacienţii coronarieni cu atac de panică

Informaţiile din fragmentul care urmează sunt bazate, mai ales, pe studiul despre particularităţile atacului de panică şi intervenţia în criză la pacienţii coronarieni, publicat de autoarea Don L., în *Revista română de psihiatrie,* din 2008.

<Jn introducere, se actualizează cunoştinţele studenţilor despre criteriile de diagnostic pentru atacul de panică, utilizându-se surse de documentare precum American Dsycbiatric flssociation: Diagnostic and (5fafis- tical Dlanual of Mental Disorders sau C1he c}CD-iO Classification of 'Edentai and Debaoioral Disorders: Diagnostic Criteria forDesearcb.

Tulburarea de panică este o entitate separată a tulburărilor anxioase, relativ nouă în diagnoza psihiatrică, fiind recunoscută oficial abia în 1980 de către Asociaţia Americană de Psihiatrie. Don indică statistici care arată că, în timp ce în populaţia generală, prevalenţa atacului dc panică este de 3,5 %, în rândul bolnavilor coronarieni (ex. angina pectorală, infarct miocardic), atacul de panică are o preva- lenţă de 60 %. liste indiscutabilă eficienţa abordării multidimensionale în terapia atacurilor dc panică. Când aceste atacuri survin la pacienţi coronarieni, necesitatea psihoterapiei este cu atât mai pregnantă, cu cât manifestarea somatică în atacul de panică, în special, cca de la nivelul cordului, se suprapune peste patologia deja existentă. Acest fapt generează teama iraţională a posibilităţii apariţiei sau repetării unui infarct sau unor tulburări paroxistice de ritm.

în studiul descris de Don, s-a lucrat cu 59 de pacienţi corona- rieni cu atac de panică. Unora li s-a aplicat numai tratament psihofarmacologic, altora, numai psihoterapeutic, iar altora, şi psihofarmacologic şi psihoterapeutic. Autoarea arată că, în abordarea situaţiei de criză, factorii echilibrând sunt suportul social adecvat, percepţia realistă a situaţiei, mecanismele de *coping* funcţionale şi adaptative. Acestora le

sunt opuşi factorii dezechilibranţi cum sunt lipsa suportului social, percepţia distorsionată a evenimentului, mecanisme de *coping* neadecvate.

în prima etapă, se inventariază resursele intrapersonale şi interpersonale. Se evaluează evenimentul precipitant şi se explorează reacţiile emoţionale la eveniment. Se evaluează, de asemenea, resursele pacientului, anterioare crizei şi modalităţile de *coping.* în urma colectării datelor, se poate trece la faza în care terapeutul şi pacientul stabilesc împreună scopurile intervenţiei, în vederea soluţionării problemelor stringente ale clientului.

Autoarea studiului în discuţie a instituit un astfel de program strategic de intervenţie care a vizat, pe de o parte, acceptarea simptomatologiei cardiace, ca aparţinând unei tulburări psihice, iar pe de altă parte, ameliorarea şi controlul atacurilor de panică. Ea subliniază faptul că tehnicile terapeutice recomandate în literatura de specialitate pentru atacuri de panică sunt numeroase, dar că majoritatea sugerează că intervenţiile cognitiv-comportamentale şi tehnicile de relaxare au eficienţă imediată asupra tulburării ca simptom, terapiile psi- hodinamice scurte, aducând în plus abordarea longitudinală şi transversală a substratului simptomului, precum şi a tulburărilor asociate, iar psihoterapiile de familie şi suporlive având un caracter adjuvant.

Strategia comună de abordare a pacienţilor de către Don a fost structurată după următorul plan, abaterile de la acesta fiind inevitabile în contextul particularităţilor individuale. Prima şedinţă a fost folosită pentru interviul primar al pacientului, insistând iniţial pe detaliile actuale ale simptomelor somatice, cognitive şi emoţionale, a disfuncţiilor consecutive familiale, profesionale şi sociale şi asupra stimulilor declanşatori ai stării de tensiune. Se evaluează şi comportamentul şi mecanismele de evitare, urmând ca, ulterior, pe parcursul stabilirii unei relaţii psihoterapeutice şi a învingerii rezistenţelor, să se exploreze experienţele trecute semnificative. Ulterior, având în vedere că abordarea conflictului şi atacului de panică urma să fie făcută în transă hipnotică, autoarea a apreciat sugestibilitatea individuală prin aplicarea testelor de sugestibilitate Wilson-Barber, care ne oferă informaţii asupra ierarhiei modalităţilor senzoriale ale pacientului, în plus, familiarizând pacientul cu un nou tip dc abordare.

în continuare, într-o a patra etapă, în cadrul strategiei terapeutice, s-au aplicat tehnici hipnotice de desensibilizare şi de control ale

simptomului. Iniţial, a fost necesară însuşirea de către pacient a tehnicilor de inducţie, fie ele ericksoniene (levitaţie sau senzaţie de greutate), fie naturaliste, tehnici de întărirea Eului, cu referire la experienţe anterioare pozitive şi proiecţia lor posibilă în viitor, precum şi a învăţării autohipnozei, pentru controlul în viitor a posibilelor atacuri de panică.

Intervenţia terapeutică propriu-zisă a debutat prin abordarea directă specifică a atacului de panică, prin tehnica de împrăştiere a panicii. Aceasta sugerează pacientului intrarea, prin imagerie mentală, în situaţia de panică reală şi individualizată, cu generarea controlată a simptomelor atacului de panică, atât cât pacientul poate tolera sub protecţia transei hipnotice, urmată de diminuarea progresivă a simptomelor prin respiraţie controlată, menţionând că, odată însuşită, această tehnică de tipul „aici şi acum" *(in vitro)* poate fi extrapolată în situaţia reală *(in vivo).* Astfel, se realizează treptat desensibilizarea progresivă în transa hipnotică, sub controlul imageriei mentale. Alte tehnici folosite au fost cele de diminuare a anxietăţii generalizate şi de evitare, având ca scop şi dezvoltarea expectanţelor de succes.

S-au mai folosit, în această etapă, şi tehnici de programare neuro-lingvistică (tehnica *shift*-ului) care se bazează pe comutarea imaginativă repetitivă a comportamentului nedorit, spre o alternativă dorită. Este, în acelaşi timp, şi o tehnică de creşterea motivaţiei. La toţi pacienţii, s-a obţinut astfel ameliorarea simptomelor acute, intr-un interval de timp variabil dc la caz la caz, cuprins între 5-12 săptămâni. Pentru a trece de la abordarea directă a simptomelor, la aprofundarea şi delimitarea cauzelor conştiente şi, mai ales, inconştiente ale acestora, s-au folosit iniţial intervenţii nespecifice metaforice de abordare şi rezolvare a problemei, care au fost diferite de la caz la caz, având drept scop crearea sau ilustrarea unor noi puncte de vedere, sugerarea soluţiilor la problemă, scăderea rezistenţelor, găsirea de noi resurse şi mobilizarea energiilor şi alternativelor inconştiente disponibile şi nebănuite în mod conştient. Sunt amintite tehnici de tipul *Metaforei celor trei cutii* sau *Metaforei coridorului.*

c5e parcurge textul celor două metafore terapeutice (Tdelafora coridorului qi SMetafora celor trei cutii) în lucrarea .fflipnoza clinică. Tehnici de inducţie. (Strategii terapeutice (Tafinoiu qi Targha. 2003. pp. 236 - 29iJ. (Se realizează aplicaţii practice în jocuri de rol. <Se analizează ulterior experienţele trăite, efectele afective qi cognitioe ale imageriei provocate de prescripţiile metaforelor. Se explorează trăirile personale qi

semnificaţiile lor. aduse de intrarea în contact cu evenimente din istoria personală qi de identificarea eventuală a nevoilor pe care le aveau in momentele respective. &xpu- nerea la perspectivele diferite, oferite de grup, generează o deschidere faţă de lumea diferită a celuilalt qi chiar faţă de propriile gânduri qi sentimente.

în continuare, s-a trecut la abordarea progresivă cronologică a problemei, care utilizează regresia în timp, până la momentul apariţiei primelor evenimente sau factori care au legătură cu apariţia tulburării din punctul de vedere al pacientului. Aceste descoperiri ale inconştientului, dezvăluite în transă, sunt discutate şi analizate post- hipnotic, semnificaţia lor fiind explorată şi dezlegată tocmai de către pacient, sub ghidarea terapeutului. Reconceptualizarea problemei prin tehnici de resemnificare este benefică pentru pacient şi importantă în vederea stabilirii unei proiecţii eficiente în viitor.

în continuare, abordarea terapeutică a pacienţilor a fost de tip psihodinamic, urmărind să prelucreze cauzele individuale ale apariţiei şi menţinerii tulburării. La mulţi dintre pacienţii unnăriţi, acestea au fost: beneficiul secundar obţinut prin boală, în scopul atragerii atenţiei partenerului sau a întregii familii, identificarea cu persoane semnificative care au trăit experienţe catastrofale în situaţii de panică, perceperea eronată a semnificaţiei morţii. Datorită heterogeni- tăţii acestor motive, terapia a urmat linii directoare particulare, în vederea prelucrării conţinutului conflictelor. După rezolvarea satisfa- cătoare a acestora, ultima etapă a terapiei a avut în vedere proiecţia în viitor, lărgirea scopurilor şi detaşarea de cadrul terapeutic.

Remisiunea simptomelor acute s-a obţinut la toţi pacienţii, remisia parţială a atacurilor de panică realizându-se în 2 - 5 intervenţii, durata de remisie completă a simptomelor fiind între 5-12 săptămâni. Nu au apărut diferenţe semnificative între modalitatea şi durata remi- siunii simptomelor la pacienţii care au necesitat şi intervenţie psihofarmacologică, faţă de cei care au fost supuşi doar intervenţiei în criză. Aceste rezultate ne determină să afirmăm că intervenţiile în criză devin o alternativă semnificativă, în raport cu intervenţiile medicamentoase, cu precădere, la pacienţii coronarieni, luând în considerare, în special, riscul apariţiei efectelor secundare cardiace, odată cu administrarea medicaţiei psihotrope specifice atacului de panică. Studiul Lianei Don demonstrează atât utilitatea intervenţiei în criză, cât şi absenţa efectelor secundare a acestor tipuri de intervenţii.

Tema 14

Dezvoltare personală, componentă a formării psihoterapeuţilor

în formarea profesională a terapeuţilor, dezvoltarea personală este considerată o necesitate, de aceea, un număr de ore de dezvoltare personală sunt, în prezent, parte a curriculei tuturor şcolilor de psihoterapie. Se urmăreşte dezvoltarea capacităţilor de autocunoaştere, de autocontrol, de acceptare a calităţilor şi a defectelor proprii, identificarea felului în care propriile caracteristici psihologice pot influenţa relaţiile din cadrul profesiei, relaţiile personale sau cele terapeutice. Un alt punct foarte important în dezvoltarea personală este dezvoltarea abilităţii de relaţionare şi comunicare, optimizarea personală.

Teme de reflecţie pentru importanţa dezvoltării personale la terapeuţi pot fi găsite în agreabila lectură a cărţii coordonată de Kot- tler şi Carlson, apărută în 2003 la Taylor & Francis Book şi tradusă la noi în ţară, în 2008, la Editura Catharsis Media. Lucrarea se intitulează *Când terapeuţii ratează,* şi ea ne oferă ocazia să învăţăm din ceea ce povestesc nume celebre în psihoterapie. Ne vom opri mai atent asupra mărturisirilor lui Richard Schwartz, care evidenţiază foarte bine rolul conştientizării propriilor limite în creşterea reuşitelor terapeutice. El este profesor la Institutul Familiei de la Northwestern University şi oferă şi consultanţă la centrul său numit Center for Seif Leadership din Oak Park, Illinois.

Schwartz arată că, utilizând excesiv manuale precum DSM-ul, privindu-le ca pe un fel de Biblie, riscăm să vedem oamenii numai prin aceste lentile. Mult din ceea ce se întâmplă după aceea este deja autoprofeţie, sau predicţie care se autoîmplineşte. El a lucrat, adesea, cu victime ale unor abuzuri sexuale. Mulţi dintre aceşti pacienţi veneau la psihoterapie, după ce fuseseră diagnosticaţi cu personalitate borderline sau personalitate multiplă cu depresie gravă. De pildă,

terapeuţii se tem de oamenii care sunt împovăraţi cu eticheta de bor- derline. Atitudinea de a se proteja a terapeutului are un anumit efect asupra diferitelor părţi ale personalităţii clientului, ceea ce duce la apariţia unor cercuri vicioase, care, adesea, se sfârşesc rău.

Schwartz consideră că oamenii - inclusiv, terapeuţii - au multe părţi diferite, care formează un fel de „miez“ al sinelui. Terapeuţii îl pot activa în diverse moduri. Una dintre aceste părţi poate să preia conducerea şi, astfel, terapia nu are succes. El arată că scopul său, atunci când face psihoterapie, este să încerce să menţină, în majoritatea situaţiilor, „capacitatea de autoconducere“. Are şi el trăsături pe care nu le lasă să preia controlul - mai ales, pe acelea care au tendinţa de a detennina reacţii extreme în relaţiile cu oamenii. Este o altă abordare a contra-transferului. Richard Schwartz consideră că există aşa-numitele părţi ale personalităţii sale care, uneori, l-ar băga în bucluc, dacă el nu le-ar controla. De exemplu, arată că, uneori, este nerăbdător şi se gândeşte la faptul că terapia durează prea mult. Clientul se agaţă de asta şi îşi dă seama că o parte din personalitatea terapeutului îl judecă şi, astfel, va apărea din nou o reacţie de apărare şi rezistenţă din partea lui. Aşa ia naştere un cerc vicios. Această tendinţă la nerăbdare poate face clientul să se simtă împins către schimbări pe care el încă nu este pregătit să le facă.

O altă caracteristică pe care o recunoaşte este aceea că nu suportă pe cineva care este dependent şi are mereu cerinţe de la ceilalţi. Aceasta - arată el - nu e o calitate pentru un terapeut, şi chiar a avut clienţi care, la un moment dat, s-au aflat într-o stare de spirit de neajutorare copilărească. în asemenea situaţii, această „parte distantă“ a personalităţii lui Schwartz preia conducerea. Chiar dacă el spune tot ce trebuie, se simte că nu crede în ceea ce zice. Astfel, nevoile clienţilor se exacerbează, nu dispar. Se pot simţi abandonaţi de către terapeut şi intră în panică.

Schwartz a mărturisit despre aceste limite în discuţiile cu autorii cărţii, cu fermitate, oricât de neplăcut ar fi fost. Este greu să recunoşti că unele dintre cazurile ratate s-au datorat faptului că eşti iritat de persoane pe care le-ai considerat dependente, lipicioase şi neputincioase. Desigur, mulţi dintre oamenii pe care îi tratăm sunt clienţi cu astfel de nevoi, deoarece aceasta este starea lor prezentă: se simt neajutoraţi şi pierduţi. Ei vor să le spunem ce să facă, iar noi avem o voce ascunsă în minte care strigă: „Mişcă-te şi fă ceva, în loc să te plângi în halul ăsta!“

La începutul carierei sale, Schwartz lucra cu victimele abuzurilor. El spune că nu era încă suficient de pregătit pentru aşa ceva:

> „Eram la începutul carierei şi lucram cu victimele abuzurilor. Nu eram, cu adevărat pregătit. M-am implicat în această muncă, fără să fi fost mult timp supervizat şi, oarecum, fără să ştiu ce mă aşteaptă. Nu eram pregătit pentru toate schimbările dramatice prin care treceau acei oameni. în special, am avut probleme cu una dintre cliente. Putea să se arate foarte neajutorată uneori şi acest fapt declanşa partea distantă din mine despre care am vorbit anterior. Aceasta o determina să fie şi mai neputincioasă şi să aibă cerinţe şi mai mari. în momentele în care nu reacţionam, ieşea la iveală furia din ea şi trezea criticul din mine. începusem să o văd într-o lumină extrem de negativă. Mă gândeam că este foarte manipulativă şi unei părţi din mine ajunsese să-i fie frică de ea. Când am asemenea sentimente negative, când încep să mă înspăimânte şedinţele şi ajung să sper că în acea zi, clientul să nu vină, nu e de bine. Nu puteam ascunde, cu adevărat, aceste trăiri, deşi încercasem“.

Odată ce sentimentele sale negative au ieşit la iveală, clienta i- a sesizat judecata critică şi s-a simţit şi mai neputincioasă. Simţea nevoia să-i dovedească faptul că el greşesc. A început să discute tot mai mult despre ceea ce făcea terapeutul, despre cum se descurca în terapie sau despre ce haine purta în acea zi. Problema începuse să ia amploare.

Schwartz consideră că acest caz a fost unul ratat, în primul rând, din cauză că nu s-a consultat cu nimeni. Când unele părţi din tine preiau conducerea, aşa cum i s-a întâmplat lui Schwartz, nici nu-ţi dai seama când treci de anumite limite. A predat cazul altcuiva atunci, iar el, pentru moment, s-a simţit uşurat. Dar, de fapt, recunoaşte că nu a putut să scape cu adevărat de caz, din moment ce este „bântuit“ în continuare de el, se gândeşte adesea şi astăzi. Pe măsură ce timpul a trecut şi a căpătat mai multă experienţă, şi-a dat seama că ar fi putut aborda situaţia într-un cu totul alt mod. De aceea, cazul îl obsedează.

Acest eşec nu a fost, neapărat, revelator pentru el, dar a reprezentat un moment important în încercarea de a-şi urmări evoluţia şi dc a-şi descoperi trăsăturile care îl împiedicau să acţioneze în cel mai bun mod cu putinţă. A trebuit, apoi, să se oblige să descopere acele părţi din

personalitatea lui şi să lucreze cu ele: „[...] să le vorbesc, să le ascult poveştile despre motivele care le provoacă să izbucnească în anumite momente. Era necesar să am mai multă încredere în mine şi să îmi permit să fiu mai deschis, chiar şi în timp ce mă confruntam cu furia, dependenţa, neajutorarea sau alte însuşiri ale clienţilor mei care ieşeau la iveală în relaţia cu mine“.

Mesajul lui pentru ceilalţi psihoterapeuţi este un îndemn la autocunoaştere. A observa cu atenţie contratransferul, gândurile sau diferitele mecanisme de apărare declanşate de client sunt lucruri de făcut care ne-ar ajuta să fim mai puţin orbi la propriile manifestări, atunci când acestea ies la iveală. De exemplu, în loc să ne concentrăm asupra conduitei arţăgoase a clientului şi să îl etichetăm drept rezistent, ar trebui să vedem ce rol am avut noi în declanşarea stării lui.

» *Exerciţiul ,fTransferuf, adaptai după o propunere a luiffohn <3uler de la <Qlider<llniversily (http:lltDmm-usr.rider.edul~ sulerltransference.html) este conceput pentru a sensibiliza studenţi la tema importantei transferului în diverse relaţii, mai ales în cea pe care o construim cu pacienţii.*

Sfioefi' nevoie de o foaie de hârtie curată. Qânditi-vă la sol / sop'e, sau la prieten / prietenă sau la un prieten apropiat cu care aveţi mult de-a face. Qânditi-vă la unele aspecte ale personalităţii sale fată de care voi aveţi reacţii puternice, fie pozitive, fie negative. Ecriefiîn continuare despre aceste lucruri şi descrief cum sunt acele aspecte ale personalităţii sale. fie pozitive, fie negative şi cum anume reactionaf voi, la nivelul gândurilor, sentimentelor şi comportamentelor fată de acea parte a personalităţii sale.

fn momentul în care studenţii termină de scris, profesorul le indică să încercuiască tot textul scris şi să noteze, sub caseta obţinută, următoarea întrebare:

Osie acesta un transfer?

Sficum gândeşte-te la părinţii tăi. c5unt cumoa personalitatea descrisă mai sus şi reacţiile tale la ea, o regenerare sau o replica a ceva ce s-a petrecut în relaţiile tale cu părinţii? 'De exemplu, unul dintre părinţi are vreo caracteristică de personalitate ca cea descrisă mai sus,

faţă de care tu ai reacţii atât de puternicei Dacă da. atunci este posibil ca reacţia ia faţă de persoana descrisă mai sus să fie un fel de transfer de la nivelul relaţiei cu un părinte al iau. 'Transferul este puţin mai complicai decât am putea crede, în sensul că nu se manifestă întotdeauna ca reacţie faţă de altul identică sau asemănătoare cu reacţia faţa de părinţi:

îi percepi pe alţii, aşa cum considerai că sunt părinţii tăi: îipercepipe alţii, aşa cum ţi-aifi dorit sa fi fost părinţii tăi: îi percepi pe alţii, aşa cum erai tu în copilărie şi tu reacţionezi aşa cum reacţionau părinţii tăi faţă de tine;

îi percepi pe alţii, aşa cum erai iu în copilărie şi reacţionezi aşa cum ai fi vrut tu să reacţioneze părinţii tăi.

Ssfe important de subliniat că felul în care noţiunea de transfer este utilizată în acest exerciţiu este puţin diferită de accepţiunea psihanalitică. Dersoana la care studentul s-a gândit nu este ca în psihanaliză, un ecran gol, pe care îşi proiectează tipare relaţionale din copilărie, cum se întâmplă cu pacientul analizat. Dersoana aleasă de student poate fi, într-adevSr, asemănătoare cu părintele. Cu toate acestea, transferul se manifestă prin alegerea unei persoane cu care să creeze din nou ceva din relaţia cu părintele, prin cât de intense sunt reacţiile faţă de anumite trăsături ale acelei persoane, prin forţa manifestărilor în cadrul reacţiilor faţă de caracteristicile acelei persoane, prin toată gama de gânduri, emoţii şi comportamente pe care le are ca reacţie la caracteristicile celuilalt.

Albert Bandura menţiona încă din 1956 că s-a acordat enorm de multă atenţie pacientului, în toată literatura de specialitate în psihoterapie, şi prea puţină atenţie terapeutului. El publică articolul *Psychotherapist's Anxiety Level, Self-insight and Psychotherapeutic Competence,* în care studiază, cu metode empirice, asocierea dintre competenţa practicianului care acordă ajutor psihologic şi nivelul său de autocunoaştere şi cel de anxietate.

Adesea, anxietatea pacientului şi tot arsenalul de defense dezvoltate pentru autoprotejare sunt ţinta intervenţiilor psihoterapeutice. O condiţie esenţială pentru ameliorarea stării anxioase a pacientului este reacţia nonanxioasă, permisivă a terapeutului. Dar trebuie să recunoaştem că, cel mai adesea, sursele de teamă ale pacientului generează măcar un disconfort de un mic nivel şi terapeutului şi oricărei persoane. în situaţiile care trezesc temeri terapeutului, acesta are fel de fel de reacţii faţă de client: întrerupe pacientul, punând întrebări care deviază firul discuţiei, face interpretări premature care blochează

exprimarea pacientului, parafrazează pacientul, tară să aducă o clarificare suficientă, exprimă asigurări sau îmbărbătări inutile sau dezaprobări nedisimulate etc. Aceste reacţii nu contribuie deloc la progresul terapeutic, ba, mai mult, amplifică temerile pacientului. *Insight*-ul cu privire la stimulii care generează propria anxietate este extrem de necesar în psihoterapie. Terapeutul capabil de a-şi da seama de aceşti stimuli va controla şi îşi va adapta reacţiile, ţinând cont de finalităţile terapeutice dorite, mult mai bine decât cel care nu este conştient de disfuncţiile pe care propria anxietate le aduce comunicării cu clientul.

în studiul lui Bandura, se verifică două ipoteze: (1) terapeuţii consideraţi mai puţin competenţi sunt mai anxioşi, iar cei mai competenţi sunt mai puţin anxioşi şi (2) terapeuţii competenţi posedă un nivel mai mare de conştientizare asupra propriului nivel de anxietate, decât o fac cei mai puţin conştienţi.

Au fost implicaţi 42 de psihoterapeuţi, cei mai mulţi, psihologi clinicieni, câţiva psihiatri şi câţiva asistenţi sociali, toţi cu niveluri apropiate de experienţă şi de pregătire în psihoterapie.

S-a măsurat nivelul de anxietate pentru trei domenii centrale de conflict, anume pentru dependenţă, ostilitate şi sexualitate. Fiecare terapeut din grup era însărcinat să evalueze, pentru fiecare dintre terapeuţi, nivelul de anxietate, în cele trei domenii. *Insight*-ul a fost măsurat prin discrepanţa dintre autoevaluare şi valoarea medie a evaluării făcută de grup (grup minus autoevaluare). Au fost consideraţi ca având un nivel înalt de conştientizare a propriilor anxietăţi cei la care autoevaluarea era egală sau mai mare decât evaluarea medie făcută de grup. Ceilalţi au fost categorisiţi ca având o conştientizare scăzută a propriei anxietăţi.

Variabila independentă, competenţa psihoterapeuţilor a fost obţinută prin solicitarea supervizorilor terapeuţilor. Aceştia au ierarhizat terapeuţii pe care îi cunoşteau de la cel mai competent la cel mai puţin competent. Fiecare terapeut a fost inclus măcar în ierarhizarea a trei, dacă nu a patru supervizori. Competenţa a fost definită drept abilitatea terapeutului de a facilita îmbunătăţire în procesul de vindecare a clientului. Rangurile acordate de supervizori au fost transformate în note standard. Una dintre ipoteze a fost confirmată, anume cea conform căreia competenta şi anxietatea sunt corelate negativ ($r = -0,69$, $p < 0,01$), în timp ce ipoteza despre legătura *insight*-ului cu competenţa nu

s-a confirmat. Bandura subliniază că neconfirmarea celei de-a doua ipoteze se poate datora şi unora dintre limitele studiului: terapeuţii erau doar foarte tineri, având înjur de 2 ani de experienţă, în medie, au fost evaluaţi doar de supervizori şi nu s-a observat interacţiunea lor cu pacienţii şi nici eficienţa propriu-zisă a terapiilor realizate de ei etc.

Intr-un studiu mai recent, condus de Williams şi colaboratorii (1997), terapeuţii au fost evaluaţi de-a lungul unui semestru. Şi aici era vorba despre terapeuţi novice, de astă dată, chiar aflaţi încă în formare. Ei au fost observaţi sub aspectul evoluţiei anxietăţii, eficienţei personale, managementului contra-transferului şi abilităţilor terapeutice. Reacţiile terapeuţilor în cursul activităţilor dc consiliere şi strategiile folosite de ei pentru a gestiona aceste reacţii au fost evaluate şi de către supervizori, de către clienţi şi de către terapeuţii înşişi. Analiza cantitativă a indicat că terapeuţii au devenit mai puţin anxioşi şi au dezvoltat abilităţi mai bune de-a lungul semestrului, iar analiza calitativă a indicat că unele reacţii care interferau cu eficienţa consilierii efectuate au fost gestionate de terapeuţii în formare, prin focalizarea asupra clientului, utilizarea conştientizării de sine şi prin suprimarea propriilor sentimente.

bibliografie

Arkowitz, H. (2002). Toward an Integrative Perspective on Resistance to Change, în Psychotherapy in Practice, 58, 219 - 227.

Bandura, A. (1956). Psychotherapist's Anxiety Level, Self-insight, and Psychotherapeutic Competence, în Journal of Abnormal Social Psychology, 52, 3, 333 - 337.

Beck, A.. (2001). Terapia cognitivă a depresiei: o reflecţie personală, în „Revista română de psihiatrie", Nr. 3 - 4., articol salvat de la pagina: http://www.e-psihiatrie.ro/articol/terapia-cognitiva-a-depresiei-o- reflectie-personala

Bouvard, M. şi Cottraux J. (1996). Protocoles el echelles d'evaluation en psychiatrie et enpsychologie, Masson.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Voi. 1. Attachment.* New York: Basic Books. (Lucrarea originală a fost publicată în 1969).

Collins, N. L. şi Read, S. J. (1990). Adult attachment working models, and relationship quality in dating couples, în Journal of Personality and Social Psychology, 58, 644 - 663.

Dafinoiu, I. (2000). Elemente de psihoterapie integrativă. Polirom, Iaşi.

Dafinoiu, I. şi Vargha, J.L. (2003). Hipnoza clinică. Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice. Polirom, Iaşi.

Dafinoiu, I. şi Vargha, J.L. (2005). *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici.* Polirom, Iaşi.

Don. L. (2008). Particularităţi ale atacului de panică şi intervenţiei în criză la pacienţi coronarieni. Revista Română de Psihiatrie, seria a 111-a, voi. X, nr. 1 - 2, 34 - 39.

Egan, K.J., Carr, J.E., Hunt, D.D. şi Adamson, R. (1988). Endogenous opiate system and systematic desensitization. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,287 -291.

Egan, G. (1990). Exercises in Helping Skills: A Training Manual to Accompany the Skilled Helper (Counseling), Wadsworth Publishing Company.

Elkaim, M. (2007). *Ce psihoterapie să alegem.* Editura Trei, Bucureşti.

Freud, S. (1994). *Cazul Dora,* „Jurnalul Literar", Bucureşti.

Gambrill, E. (2002). Assertion Training, pp. 117 - 124, în Michel Hersen (Editor), *Enciclopedia of Psychotherapy,* Elsevier Science.

Garfield, S.L. (1997). Brief Psychotherapy: The role of Common and Specific factors, în Clinical Psychology and Psychotherapy, 4,217 - 225.

Johnson, S. (2004). An Antidote to Posttraumatic Stress Disorder. The Creation of Secure Attachment in Couples Therapy, în Leslie Atkinson şi Susan Goldberg (Editori), Attachment issues in psycho- patology and intervention, Laurence Erlbaum Associates.

Leenars, A.A. (2004). Psychotherapy with suicidal people. A person-centred approach. John Wiley&Sons, pp. 197 - 207.

Kopp, R. (2001). *Metaphor Therapy,* în Raymond Corsini (editor), *Handbook of Innovative Therapy.* John Wiley & Sons, pp. 381 -391.

Lankton, S.H. şi Lankton, C.R. (1986). Enchantement and Intervention in Family Therapy. Training in Ericksonian Approaches. Brunner / Mazel Levittown.

Lebovici, S. (2006). Arborele vieţii. Elemente de psihopatologia bebeluşului. Editura Fundaţiei Generaţia.

Loew, T.H., Tritt, K., Siegfried, W., Bohmann, H., Martus, P. şi Hahn, E.G. (2001). *Efficacy of 'Functional Relaxation' in comparison to Terbutaline and a 'Placebo Relaxation ' Method in Patients with Acute Asthma, în Psychotherapy andPsychosomatics, 70, pp. 151-157.*

Mills, J.C. şi Crowley, R.J. (1986). *Therapeutic Metaphors for Chil- • Iren and the Child Within.* Brunner Mazel Publishers New York.

Olhnier, I şi Othmer, S.C., (1998). *The Clinical Interview Using I ISM IV-TR,* Voi. 1: *Fundamentals.* American Psychiatric Press.

IVivck, A. (1981). *Relaxarea. Gimnastica omului modern.* Editura < cros. Bucureşti.

Powers, C., (1985). extras dintr-un Interviu demonstrativ. 1ıı ıı ı www.elementsuk.com/carlrogersdemons.html

kulilri I A. şi Carlson, J. (2008). Când Terapeuţii ratează. Maeştrii pslllotei apeiiţi povestesc despre cele mai mari eşecuri din cariera lor Edituru Catharsis Media, (pp. 77 - 85).

•dorow, I M. (1993). *Psychology.* Brown and Benchmark.

'> uium, l.l). (2009). *Minciuni pe canapea,* Bucureşti, Humanitas Fiction.

A .iilor, .1.1 . şi Peller, J.E., (1992). *Becoming Solution-Focused in Brief therapy.* New York, Brunner/Mazel.

A ober, C A r c k , P., Mazurek, B. şi Klapp, B.F., (2002). Impact of rela-
'•iiinn training on psychometric and immunologic parameters in tinni-'uffercrs, in Journal of Psychosomatic Research, 52,pp. 29-33.

A ill nuns, E.N., Judge, A.B., Hill, C.E. şi Hill, M.N. (1997). Experi- " ■ v of novice therapists in prepracticum: Trainees', clients', and "pi-i visors' perceptions of therapists' personal reactions and mana- [1] '• mi nt strategies, in Journal of Counseling Psychology, 44, pp. 390 - 399.

A'nlpe, .1 şi Lazarus, A.A. (1966). Behavior Therapy Techniques. A ' "iidr to the Treatment of Neuroses. Pergamon Press.